

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' SOGGETTI COINVOLTI

1) Soggetti proponenti - (art. 5 comma 1) - Compilare solo in caso di più di un soggetto

Cognome e nome	<input type="text"/>				
Codice fiscale	<input type="text"/>				
Nata/o a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Nata/o il	<input type="text"/>				
Residente in	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Telefono fisso	<input type="text"/>	tel. cell.	<input type="text"/>		
posta elettronica	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>		

Data e luogo

Soggetto proponente 1 (firma)

Cognome e nome	<input type="text"/>				
Codice fiscale	<input type="text"/>				
Nata/o a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Nata/o il	<input type="text"/>				
Residente in	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Telefono fisso	<input type="text"/>	tel. cell.	<input type="text"/>		
posta elettronica	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>		

Data e luogo

Soggetto proponente 2 (firma)

2) Progettista

Cognome e nome	<input type="text"/>				
Codice fiscale	<input type="text"/>				
Partita IVA	<input type="text"/>				
Titolo professionale	<input type="text"/>		Numero di iscrizione	<input type="text"/>	
Albo di Iscrizione	<input type="text"/>		Provincia di iscrizione	<input type="text"/>	
Nata/o a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Nata/o il	<input type="text"/>				
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Studio professionale in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Telefono fisso	<input type="text"/>	tel. cell.	<input type="text"/>		
posta elettronica	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>		

Data e luogo

Il progettista
(firma e timbro per accettazione incarico)**3) Responsabile dell'intervento**

Cognome e nome	<input type="text"/>				
Codice fiscale	<input type="text"/>				
Partita IVA	<input type="text"/>				
Titolo professionale	<input type="text"/>		Numero di iscrizione	<input type="text"/>	
Albo/collegio di Iscrizione	<input type="text"/>		Provincia di iscrizione	<input type="text"/>	
Nata/o a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Nata/o il	<input type="text"/>				
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>

Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Studio professionale in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Telefono fisso	<input type="text"/>	tel. cell.	<input type="text"/>		
posta elettronica	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>		
Estremi formazione ricevuta su tema del fuoco prescritto	<input type="text"/>				

Data e luogo

Il responsabile dell'intervento
(firma e timbro per accettazione incarico)

4) Capo del controllo

Cognome e nome	<input type="text"/>				
Codice fiscale	<input type="text"/>				
Partita IVA	<input type="text"/>				
Titolo abilitante	<input type="text"/>				
Nata/o a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Nata/o il	<input type="text"/>				
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>	Stato	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>	Cap	<input type="text"/>
Telefono fisso	<input type="text"/>	tel. cell.	<input type="text"/>		
posta elettronica	<input type="text"/>	PEC	<input type="text"/>		
formazione su tema del fuoco prescritto	<input type="text"/>				

Data e luogo

Il capo del controllo
(firma per accettazione incarico)

5) Impresa esecutrice

Ragione sociale	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

Codice fiscale

Partita IVA

Iscrizione C.C.I.A.A.
di

Numero di iscrizione

Con sede legale in

Prov.

Stato

Indirizzo

n.

Cap

rappresentante
legale

Codice fiscale

Nata/o a

Prov.

Stato

Nata/o il

Telefono fisso

tel. cell.

posta elettronica

PEC

Dati per la verifica delle regolarità contributiva

Inps sede di

Matricola

INAIL

Codice impresa

posizione assicurativa

Si allega documento di riconoscimento di ciascuno dei sottoscrittori

Data e luogo

Il legale rappresentante
(firma per accettazione)