

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"/>
Nata/o il	<input type="text"/>		
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<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"/>
Nata/o il	<input type="text"/>		
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<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"/>		
Albo di Iscrizione	<input type="text"/>		
Nata/o a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="checkbox"/> Stato
Nata/o il	<input type="text"/>		
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="checkbox"/> Stato
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="checkbox"/> Cap
Studio professionale in	<input type="text"/>	Prov	<input type="checkbox"/> Stato
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="checkbox"/> Cap
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"/>		
Albo/collegio di Iscrizione	<input type="text"/>		
Nata/o a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="checkbox"/> Stato
Nata/o il	<input type="text"/>		
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="checkbox"/> Stato

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	<input type="text"/>	
Partita IVA	<input type="text"/>	
Iscrizione C.C.I.A.A. di	<input type="text"/>	
Con sede legale in	<input type="text"/>	Prov. <input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	n. <input type="text"/>
rappresentante legale	<input type="text"/>	
Codice fiscale	<input type="text"/>	
Nata/o a	<input type="text"/>	Prov. <input type="text"/>
Nata/o il	<input type="text"/>	
Telefono fisso	<input type="text"/>	tel. cell. <input type="text"/>
posta elettronica	<input type="text"/>	PEC <input type="text"/>
Dati per la verifica delle regolarità contributiva		
Inps sede di	<input type="text"/>	
INAIL	<input type="text"/>	
Codice impresa	<input type="text"/>	Matricola <input type="text"/>
	posizione assicurativa <input type="text"/>	

Si allega documento di riconoscimento di ciascuno dei sottoscrittori

Data e luogo

Il legale rappresentante
(firma per accettazione)