

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' Soggetti coinvolti - Comunicazione apertura del cantiere

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)

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

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="text"/> Stato
Nata/o il	<input type="text"/>		
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/> Stato
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/> Cap
Studio professionale in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/> Stato
Indirizzo	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/> 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="text"/> Stato
Nata/o il	<input type="text"/>		
Residente in	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/> 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 in materia di fuoco prescritto	<input type="text"/>					

Data e luogo

Il responsabile dell'intervento
(firma 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)