

Pratica edilizia _____
 del (gg/mm/aaaa) _____
 Protocollo _____
da compilare a cura del SUE/SUAP

ALTRI SOGGETTI, ALTRI TECNICI, ALTRE IMPRESE

(Da compilare in caso di più soggetti, più tecnici e più imprese)

SOGGETTI COINVOLTI

1. TITOLARI

La/Il sottoscritta/o
 Cognome GAMBARELLI Nome GIUSEPPE
 codice fiscale [REDACTED]
 in qualità di (*) LEGALE RAPPRESENTANTE
 della ditta / società (*) RACOF S.R.L.
 con codice fiscale (*) 0 1 1 5 1 8 1 0 3 5 3 partita IVA (*) 0 1 1 5 1 8 1 0 3 5 3
 nato a CASINA prov. RE stato ITALIA nato il 10/07/1956
 residente in CASINA prov. RE stato ITALIA
 indirizzo VIA BERGOGNO n. 36 C.A.P. 42034
 PEC _____
 posta elettronica INFO@RACOF.COM
 Telefono fisso / cellulare 0521.340327
 (*) da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una società o ditta

La/Il sottoscritta/o
 Cognome _____ Nome _____
 codice fiscale [REDACTED]
 in qualità di (*) _____
 della ditta / società (*) _____
 con codice fiscale (*) [REDACTED] partita IVA (*) [REDACTED]

nato a	prov.	stato	nato il
residente in	prov.	stato	
indirizzo	n.	C.A.P.	
PEC			
posta elettronica			
Telefono fisso / cellulare			

(*) da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una società o ditta

La/Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di (*) _____

della ditta / società (*) _____

con codice fiscale (*)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 partita IVA (*)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nato a _____ prov. _____ stato _____ nato il _____

residente in _____ prov. _____ stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. _____

PEC _____

posta elettronica _____

Telefono fisso / cellulare _____

(*) da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una società o ditta

2. ALTRI TECNICI INCARICATI

(ad es. Progettista degli impianti/Certificatore Energetico/Esecutore del Piano di Utilizzo)

incarico svolto										
Cognome e Nome										
codice fiscale										
nato a						prov.		stato		
nato il										
residente in						prov.		stato		

indirizzo _____		n. _____		C.A.P. _____	
con studio in _____		prov. _____		stato _____	
indirizzo _____		n. _____		C.A.P. _____	
Iscritto all'ordine/collegio _____		di _____		n. _____	
Telefono _____		fax. _____		cell. _____	
posta elettronica certificata _____					

3. IMPRESE ESECUTRICI/INSTALLATRICI

Lavori svolti											
Ragione sociale											
codice fiscale						p. IVA					
Iscritta alla C.C.I.A.A. di						prov.	stato				
con sede legale in	Comune _____					prov.	_____				
	Via _____					n.	_____				
						C.A.P. _____					
Con sede operativa in	Comune _____					prov.	_____				
	Via _____					n.	_____				
						C.A.P. _____					
il cui legale rappresentante è											
codice fiscale											
nato a						prov.	stato				
nato il											
Telefono				fax.			cell.				
posta elettronica certificata											

Ulteriori dati per la verifica della regolarità contributiva

<input type="checkbox"/> Cassa edile	sede di _____
codice impresa n. _____	sigla denominazione cassa edile _____
<input type="checkbox"/> INPS	sede di _____
Matricola azienda n. _____	
<input type="checkbox"/> INAIL	sede di _____
codice impresa n. _____	pos. assicurativa territoriale n. _____

Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa <input type="checkbox"/> PEC		
Tipo di ditta	<input type="checkbox"/> datore di lavoro <input type="checkbox"/> gestione separata – committente/associante <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione		
CCNL applicato al personale dipendente	<input type="checkbox"/> edilizia <input type="checkbox"/> edile con solo impiegati e tecnici <input type="checkbox"/> altri settori (specificare) _____		
Durc on line	n. protocollo	Data richiesta	Scadenza validità

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (art. 13 Regolamento europeo n. 679/2016)

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679 del 2016 si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento: SUAP/SUE - **Responsabile della protezione dei dati personali:** come designato dall'Ente locale

Responsabile del trattamento: Dirigente SUAP/SUE.

Finalità del trattamento: I dati personali dichiarati nel presente atto saranno utilizzati dal SUAP/SUE nell'ambito del procedimento per il quale l'atto è reso e nelle attività dovute ad esso correlate.

Destinatarî dei dati personali: i dati personali indicati nel presente modulo sono accessibili, comunicati e diffusi a norma di legge (in particolare art. 20, comma 6, del DPR n. 380 del 2001 e art. 27 della LR n. 15 del 2013).

Trasferimento: i dati personali non sono trasferiti fuori dall'Unione europea.

Diritti: l'interessato ha diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, di opporsi al trattamento, di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Conferimento dati: il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti; il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'interruzione o l'annullamento del procedimento o l'inefficacia dell'atto.