



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Titolare: SUAP/SUE di Rosignano Marittimo

Pratica edilizia _____

del _____

Protocollo _____

N.B. Il presente allegato è comune ai seguenti moduli:

modulo di Permesso di costruire

modulo di Scia edilizia

Moduli di Comunicazione di inizio lavori asseverata (CILA)

modulo di Comunicazione di inizio lavori (CIL)

SOGGETTI COINVOLTI

1. TITOLARI (compilare solo in caso di più di un titolare)

Cognome e Nome	<input type="text"/>		
codice fiscale	<input type="text"/>		
nato a	<input type="text"/>	prov. <input type="text"/>	stato <input type="text"/>
nato 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"/>	C.A.P. <input type="text"/>
posta elettronica	<input type="text"/>		
Cognome e Nome	<input type="text"/>		
codice fiscale	<input type="text"/>		
nato a	<input type="text"/>	prov. <input type="text"/>	stato <input type="text"/>
nato il	<input type="text"/>		

residente in	_____	prov.	_____	stato	_____
indirizzo	_____	n.	_____	C.A.P.	_____
posta elettronica	_____				
Cognome e Nome	_____				
codice fiscale	/ /				
nato a	_____	prov.	_____	stato	_____
nato il	_____				
residente in	_____	prov.	_____	stato	_____
indirizzo	_____	n.	_____	C.A.P.	_____
posta elettronica	_____				

2. TECNICI INCARICATI (da compilare obbligatoriamente in caso di Permesso di Costruire, SCIA, CILA)

Progettista delle opere architettoniche (sempre necessario)

☒ incaricato anche come direttore dei lavori delle opere architettoniche

Cognome e Nome	Spinelli Claudio				
codice fiscale	/ S / P / N / C / L / D / 5 / 7 / P / 2 / 5 / C / 4 / 1 / 5 / P /				
nato a	Cecina	prov.	LI	stato	Italia
nato il	25/09/2017				
residente in	Castiglioncello	prov.	LI	stato	Italia
indirizzo	Via Aurelia	n.	478	C.A.P.	57016
con studio in	Castiglioncello	prov.	LI	stato	Italia
indirizzo	Via Aurelia	n.	550/a	C.A.P.	57016
Iscritto all'ordine/collegio	degli Ingegneri	di	Livorno	al n.	1141
Telefono	0586 753580	fax.		cell.	

posta elettronica
certificata

protekass@arubapec.it

Firma per accettazione incarico

Direttore dei lavori delle opere architettoniche¹ *(solo se diverso dal progettista delle opere architettoniche)*

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/collegi
o

di

al n.

Telefono

fax.

cell.

posta elettronica
certificata

Firma per accettazione incarico

Progettista delle opere strutturali *(solo se necessario)*

☐ incaricato anche come direttore dei lavori delle opere strutturali

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

¹ Non compilare in caso di CILA

indirizzo		n. 	C.A.P. 	
iscritto all'ordine/collegio		di 	al n. 	
Telefono		fax. 	cell. 	
posta elettronica certificata		<i>Firma per accettazione incarico</i>		
Direttore dei lavori delle opere strutturali <i>(solo se diverso dal progettista delle opere strutturali)</i>				
Cognome e Nome				
codice fiscale	<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> //////////////////// </div>			
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 	al n. 	
Telefono		fax. 	cell. 	
posta elettronica certificata		<i>Firma per accettazione incarico</i>		
Altri tecnici incaricati <i>(la sezione è ripetibile in base al numero di altri tecnici coinvolti nell'intervento)</i>				
Incaricato della	<i>(ad es. progettazione degli impianti/certificazione energetica/esecuzione del Piano di Utilizzo, ecc.)</i>			
Cognome e Nome				
codice fiscale	<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> //////////////////// </div>			
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. _____

(se il tecnico è iscritto ad un ordine professionale)

Iscritto all'ordine/collegio _____ di _____ al n. _____

(se il tecnico è dipendente di un'impresa)

Dati dell'impresa

Ragione sociale _____

codice fiscale / p. IVA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Iscritta alla C.C.I.A.A. di _____ prov. ____ n. _____

con sede in _____ prov. ____ stato _____

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

il cui legale rappresentante è _____

Estremi dell'abilitazione (se per lo svolgimento dell’attività oggetto dell’incarico è richiesta una specifica autorizzazione iscrizione in albi e registri) _____

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica _____ Firma per accettazione incarico _____

3. IMPRESE ESECUTRICI (compilare in caso di affidamento dei lavori ad una o più imprese)

Ragione sociale _____

codice fiscale /
p. IVA _____

Iscritta alla _____ prov. _____ n. _____
C.C.I.A.A. di

con sede in _____ prov. _____ stato _____

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

il cui legale
rappresentante è _____

codice fiscale / / / / / / / / / / / / / / / / / /

nato a _____ prov. _____ stato _____

nato il _____

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica _____

Firma per accettazione incarico

Dati per la verifica della regolarità contributiva

☒ Cassa edile sede di _____

codice impresa n. _____ codice cassa n. _____

☒ INPS sede di _____

Matr./Pos. Contr. n. _____

☒ INAIL sede di _____

codice impresa n. _____ pos. assicurativa territoriale n. _____

Ragione sociale _____

codice fiscale /
p. IVA / / / / / / / / / / / / / / / / / /

Iscritta alla
C.C.I.A.A. di _____ prov. _____ n. _____

con sede in _____ prov. _____ stato _____

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

il cui legale
rappresentante è _____

codice fiscale / / / / / / / / / / / / / / / / / /

nato a _____ prov. _____ stato _____

nato il _____

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica _____

Firma per accettazione incarico

Dati per la verifica della regolarità contributiva

☒ Cassa edile sede di _____

codice impresa n. _____ codice cassa n. _____

☒ INPS sede di _____

Matr./Pos. Contr. n. _____

☒ INAIL sede di _____

codice impresa n. _____ pos. assicurativa territoriale n. _____

Ragione sociale _____

codice fiscale /
p. IVA _____

Iscritta alla
C.C.I.A.A. di _____ prov. _____ n. _____

con sede in _____ prov. _____ stato _____

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

il cui legale
rappresentante è _____

codice fiscale _____

nato a _____ prov. _____ stato _____

nato il _____

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica _____

Firma per accettazione incarico

Dati per la verifica della regolarità contributiva

☒ Cassa edile sede di _____

codice impresa n. _____ codice cassa n. _____

☒ INPS sede di _____

Matr./Pos. Contr. n. _____

☒ INAIL sede di _____

codice impresa n. _____ pos. assicurativa territoriale n. _____