

Pratica edilizia _____

del / / / / / / / / / / / / / / / / /

Protocollo _____

da compilare a cura del SUAPE

SOGGETTI COINVOLTI

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

Cognome e Nome _____ codice fiscale /

in qualità di ⁽¹⁾ _____ della ditta / società ⁽¹⁾ _____con codice fiscale / p. IVA ⁽¹⁾ /

nato a _____ prov. / / / / stato _____ nato il / / / / / / / / / / / / / / / / /

residente in _____ prov. / / / / stato _____

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

PEC / posta elettronica _____ Telefono fisso / cellulare _____

(1) Da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una ditta o società

2. TECNICI INCARICATI (compilare obbligatoriamente)

Progettista delle opere architettoniche (sempre necessario)

 incaricato anche come direttore dei lavori 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/collegio _____ di _____ al n. / / / / / / / / / /

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica certificata _____

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

Altri tecnici incaricati (la sezione è ripetibile in base al numero di altri tecnici coinvolti nell'intervento)

Incaricato della _____ (ad es. progettazione degli impianti/certificazione energetica, ecc.)

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. / / / / / / / / / /

(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 certificata _____

dei dati, alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal Regolamento. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al SUAP.

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali saranno conservati, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono raccolti e trattati.

Titolare del trattamento: SUAP di _____ *nella persona*
del _____
Indirizzo mail/PEC _____

Responsabile della protezione dati: _____
nella persona del _____
indirizzo mail/PEC _____

Responsabile del Trattamento dei dati (eventuale)
nella persona del _____
indirizzo mail/PEC _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____