





con studio in \_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_| stato \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.A.P. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
 Telefono \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
 posta elettronica certificata \_\_\_\_\_

- *(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 \_\_\_\_\_

**3. IMPRESE ESECUTRICI**

*(compilare in caso di affidamento dei lavori ad una o più imprese – sezione ripetibile)*

Ragione sociale \_\_\_\_\_

C.F. / 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 \_\_\_\_\_ C.F. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

nato a \_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_\_| stato \_\_\_\_\_ il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Telefono \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

posta elettronica \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

Data e luogo

Dichiarante/i

II/I

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFORMATIVA SULLA PRIVACY (ART. 13 del d.lgs. n. 196/2003)

Il d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") tutela le persone e gli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Codice, si forniscono le seguenti informazioni:

**Finalità del trattamento.** I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

**Modalità del trattamento.** I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

**Ambito di comunicazione.** I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

**Diritti.** L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al SUAP/SUE.

Titolare del trattamento: SUAP/SUE di Valdastico (VI)