

Pratica edilizia	.....
del	/ / / / / / / / / / / /
Protocollo	.....
<i>da compilare a cura del SUAPE</i>	

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	.....
<small>(1) Da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una ditta o società</small>			

2. TECNICI INCARICATI (compilare obbligatoriamente)

Progettista delle opere architettoniche (sempre necessario)			
<input type="checkbox"/> 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 _____