



In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale

Ulteriori soggetti coinvolti nel procedimento

Il sottoscritto committente dei lavori

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

in relazione al procedimento indicato nel modulo principale, di aver affidato i seguenti incarichi agli ulteriori soggetti di seguito elencati.

ulteriore professionista (1) Ruolo:

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza							
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Possesso Partita IVA		Partita IVA		Albo o Ordine		Sezione	Regione		Provincia	Numero iscrizione			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Sede Professionale													
Provincia		Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>					

ulteriore professionista (2) Ruolo:

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza							
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Possesso Partita IVA		Partita IVA		Albo o Ordine		Sezione	Regione		Provincia	Numero iscrizione			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Sede Professionale													
Provincia		Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>					

ulteriore impresa esecutrice rappresentata da

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale		Tipologia								
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale		Partita IVA								
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata						
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio		Provincia	Numero Iscrizione							
Ruolo assegnato alla società per la pratica edilizia										

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia dei documenti d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Gazzada Schianno

Luogo

Data

il dichiarante

il professionista (1)

il professionista (2)

il rappresentante della società (1)