Comune di
Castellammare del Golfo

IV° Settore urbanistica e gestione del territorio

Indirizzo: **Corso B. Mattarella, 24**

PEC: **comune.castellammaredelgolfo@cert.prontotp.net**

Pratica edilizia _____

Mod. revisione 516BA-25.01.17

COMUNICAZIONE INIZIO LAVORI

DATI DEL TITOLARE *(in caso di più titolari, la sezione è ripetibile nell'allegato "SOGGETTI COINVOLTI")*

Cognome e Nome _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato a _____ prov. |__| stato _____

nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|

residente in _____ prov. |__| stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

PEC / posta elettronica _____

Telefono fisso / cellulare _____

DATI DELLA DITTA O SOCIETA' *(eventuale)*

in qualità di _____

della ditta / società _____

codice fiscale / p. IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

con sede in	_____	prov.	|__|	indirizzo	_____
PEC / posta elettronica	_____			C.A.P.	|__|__|__|__|__|
Telefono fisso / cellulare	_____				

In riferimento al Permesso di Costruire N. _____ del _____

COMUNICA

- che i lavori avranno inizio in data _____
- di aver incaricato, in qualità di direttore/i dei lavori il/i tecnico/i indicato/i alla sezione 2 dell'allegato **"SOGGETTI COINVOLTI";**
- che i lavori sono eseguiti / dalla/e impresa/e indicata/e alla sezione 3 dell'allegato **"SOGGETTI COINVOLTI".**

Consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e degli artt. 483,495 e 496 del Codice Penale e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione resa, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di aver verificato la documentazione di cui alle lettere a) e b) dell'art. 90 comma 9 prevista dal d.lgs. n. 81/2008 circa l'idoneità tecnico professionale della/e impresa/e esecutrice/i e dei lavoratori autonomi, l'organico medio annuo distinto per qualifica, gli estremi delle denunce dei lavoratori effettuate all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), all'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro (INAIL) e alle casse edili, nonché il contratto collettivo applicato ai lavoratori dipendenti, della/e impresa/e esecutrice/i.
- di essere a conoscenza che l'efficacia della SCIA o DIA o Concessione edilizia è sospesa qualora sia assente il piano di sicurezza e coordinamento di cui all'articolo 100 del d.lgs. n. 81/2008 o il fascicolo di cui all'articolo 91, comma 1, lettera b), quando previsti, oppure in assenza di notifica di cui all'articolo 99, quando prevista, oppure in assenza o esito non regolare del documento unico di regolarità contributiva.

La presente è sottoscritta dall'impresa esecutrice dei lavori e dal direttore dei lavori, indicati alle sezioni 2 e 3 dell'allegato "SOGGETTI COINVOLTI", a valere quale accettazione dell'incarico ricevuto ai sensi dell'art. 33 del vigente regolamento edilizio comunale del PRG.

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità di tutti i soggetti coinvolti.

IL TITOLARE

IL DIRETTORE DEI LAVORI
(Per accettazione)

L'IMPRESA ESECUTRICE DEI LAVORI
(Per accettazione)

SOGGETTI COINVOLTI

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

Cognome e Nome _____

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato a _____ prov. |__|__| stato _____

nato il |__|__|__|__|__|__|__|__|

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 _____

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 (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 _____

_____
Firma per accettazione incarico

Direttore dei lavori delle opere architettoniche (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/collegio _____ 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 _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

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

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica certificata _____

_____
Firma per accettazione incarico

Direttore dei lavori delle opere strutturali (solo se diverso dal progettista 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 _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

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

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica certificata _____

_____
Firma per accettazione incarico

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/esecuzione del Piano di Utilizzo, 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 _____ _____

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 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. _____

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. _____