

COMUNICAZIONE INIZIO LAVORI

Al Responsabile dello Sportello Unico per l'edilizia del Comune di Calizzano

Il / sottoscritt nato a il
residente in Via /piazza n.
codice fiscale tel fax
PEC. e-mail per conto :
 proprio ;
 nella sua qualità di della Ditta con sede in
Via codice fiscale tel fax
PEC. e-mail

DICHIARA (barrare la casella che interessa)

- 1) di aver preso atto di tutte le prescrizioni generali e particolari contenute nel Regolamento edilizio e atti sovraordinati ;
- 2) a) che è stata depositata la denuncia inerente le opere del cemento armato ed a struttura metallica ai sensi dell'art. 65 del D.P.R. 380/01 e s.m.i., in data prat. N.
b) che lo specifico intervento non è soggetto alle disposizioni del citato art. 65 in quanto:
- 3) a) che è stata depositata la denuncia dei lavori e presentazione dei progetti di costruzione in zone sismiche dell'art. 93 del D.P.R. 380/01 e s.m.i., in data prat. N.
b) che lo specifico intervento non è soggetto alle disposizioni del citato art. 93 in quanto:
- 4) a) che la relazione tecnica di cui all'art. 125 del D.P.R. 380/01 attestante la rispondenza alle prescrizioni in materia di contenimento del consumo energetico è stata depositata in Comune in data prat. n.
b) che lo specifico intervento non è soggetto alle disposizioni del citato art. 125 in quanto:
- 5) a) che la relazione geotecnica/geologica è stata presentata in data prot. n.
b) che lo specifico intervento non è soggetto in quanto
- 6) che verrà apposto idoneo cartello, chiaramente leggibile nel rispetto dell'art.25 del regolamento edilizio comunale;
- 7) di essere edotti rispetto alla necessità, qualora si ritenga probabile od inevitabile il superamento dei limiti acustici vigenti in causa dell'attività di cantiere, di ottenere specifica autorizzazione in deroga, ai sensi dell'Art. 6 della Legge 26 ottobre 1995 n. 447 e dell'Art. 9 della L.R. 20 ottobre 2000 n. 52.

La mancata presentazione dell'inizio dei lavori comporta l'applicazione delle sanzioni amministrative e penali previste dalle normative vigenti.

Calizzano, li

IL DICHIARANTE

IL DIRETTORE DEI LAVORI
(timbro e firma)

LE IMPRESE ESECUTRICI
(timbro e firma)

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	il
residente in	Via		prov.	stato
indirizzo		n.	C.A.P.	
PEC / posta elettronica	Telefono fisso / cellulare			
Calizzano li	Firma			
<hr/>				

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

2. TECNICI INCARICATI (compilare obbligatoriamente)

incaricato del				
Cognome e Nome				codice fiscale
nato a		prov.	stato	
residente in	Via		prov.	Stato
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				
Calizzano li	Firma e Timbro			

incaricato del

Cognome e Nome

codice fiscale

nato a

prov.

stato

residente in

Via

prov.

Stato

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

Calizzano li

Firma e Timbro

IMPRESE ESECUTRICI

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

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.

Calizzano li

Firma e timbro

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

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.

*Calizzano li**Firma e timbro***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

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.

*Calizzano li**Firma e timbro*