		COMONICA	ZIONE INIZIO LAVORI
Indice			
Dati del Titolare			
Dati del procura	itore/delegato		
Soggetti coinvol	lti		
Dichiarazioni			
Quadro riepiloga	ativo della docur	mentazione disponibile e allega	ata
	L CESSARE DELLA NE	ECESSITÀ E, COMUNQUE, ENTRO UN	IZIO LAVORI ENTI E TEMPORANEE E AD ESSERE IMMEDIATAMENTE TERMINE NON SUPERIORE A NOVANTA GIORNI (art. 6, Tabella A, Sez. II del d.lgs n. 222/2016)
Provincia			
			Pratica edilizia
Al Comune di			
⊃ SUE			del
SUAP			
DEC			Protocollo
PEC			_
Indirizzo:			(da compilare a cura del SUE/SUP)
		Dati del tito	lare
Nome			
1401110		Cognome	
		Cognome	
		Cognome	
Codice Fiscale		Cognome	
Codice Fiscale	Stato	Cognome Prov./Città Met.	Comune
Codice Fiscale Nato a:	Stato		
Codice Fiscale Nato a:	Stato		
Codice Fiscale Nato a: Nato il:			
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:		Prov./Città Met.	Comune
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:		Prov./Città Met.	Comune
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:		Prov./Città Met.	Comune
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC	Stato	Prov./Città Met. Prov./Città Met.	Comune
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC	Stato	Prov./Città Met. Prov./Città Met.	Comune
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Telefono fisso / Cel	Stato	Prov./Città Met. Prov./Città Met.	Comune  n° C.A.P
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Telefono fisso / Cel	Stato  lulare:  ta questo modulo	Prov./Città Met. Prov./Città Met. Posta elettronica	Comune  n° C.A.P
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Telefono fisso / Cel  Il titolare presen	Stato  lulare:  ta questo modulo	Prov./Città Met. Prov./Città Met. Posta elettronica	Comune  n° C.A.P
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Telefono fisso / Cel  Il titolare presen	Stato  lulare:  ta questo modulo	Prov./Città Met. Prov./Città Met. Posta elettronica	Comune  n° C.A.P
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Telefono fisso / Cel  Il titolare presen  SI  Dati della Ditta/5	Stato  lulare:  ta questo modulo	Prov./Città Met. Prov./Città Met. Posta elettronica Da nome di una Ditta/Società/E	Comune  n° C.A.P
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Telefono fisso / Cel  Il titolare presen  SI  Dati della Ditta/5  in qualità di	Stato  lulare: ta questo modulo NO Società/Ente	Prov./Città Met. Prov./Città Met. Posta elettronica  a nome di una Ditta/Società/E	Comune  n° C.A.P
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Telefono fisso / Cel  Il titolare presen  SI  Dati della Ditta/5  in qualità di	Stato  lulare: ta questo modulo NO Società/Ente	Prov./Città Met. Prov./Città Met. Posta elettronica Da nome di una Ditta/Società/E	Comune  n° C.A.P
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Telefono fisso / Cel  Il titolare presen  SI  Dati della Ditta/5	Stato  Julare:  ta questo modulo  NO  Società/Ente  cà/Ente: Co	Prov./Città Met. Prov./Città Met. Posta elettronica  o a nome di una Ditta/Società/E	Comune  n° C.A.P
Codice Fiscale  Nato a:  Nato il:  Residente in:  Indirizzo  PEC  Felefono fisso / Cel  Il titolare presen  SI  Dati della Ditta/S  n qualità di  della Ditta/Societ	Stato  lulare:  ta questo modulo  NO  Società/Ente  :à/Ente: Co	Prov./Città Met. Prov./Città Met. Posta elettronica  a nome di una Ditta/Società/E	Comune  n° C.A.P

La comunicazione è presentata da un procuratore/delegato?	DATI DEL PROCURAT (da compilare solo se il compilatore ha r	•
Codice Fiscale  Nato a: Stato Prov./Città Met Comune	La comunicazione è presentata da un procuratore/delegato?	◯ SI ◯ NO
Nato a: Stato Prov./Città Met Comune	Nome Cognome	
Nato il: Residente in: Stato	Codice Fiscale	
Residente in: Stato Prov./Città Met. Comune  Via, piazza n° C.A.P  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:    Ditta/Società/Ente Codice Fiscale P. IVA	Nato a: Stato Prov./Città Met	Comune
Via, plazza	Nato il:	
PEC	Residente in: Stato Prov./Città Met	Comune
Telefono fisso / Cellulare:   Soggetti coinvolti	Via, piazza	n° C.A.P
Telefono fisso / Cellulare:   Soggetti coinvolti	PEC Posta elettronica	
Il lavori sono affidati ad una o più imprese?    Imprese esecutrici		
Il lavori sono affidati ad una o più imprese?    Imprese esecutrici	Soggetti	oinvalti
Imprese esecutrici  Ditta/Società/Ente Codice Fiscale P. IVA  Denominazione o ragione sociale  Iscritta alla C.C.I.A.A. di: Prov./Città Metr. n°  Con sede in: Stato Prov./Città Metr. Comune Indirizzo n° C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Il cui legale rappresentante è:  Nome Codice Fiscale  Nato a Stato Prov./Città Metr. Comune  Nato il  Residente in Stato Prov./Città Metr. Comune  Indirizzo n° C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  Codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.		
P. IVA Denominazione o ragione sociale  Iscritta alla C.C.I.A.A. di: Prov./Città Metr	·	O SI O NO
Denominazione o ragione sociale  Iscritta alia C.C.I.A.A. di: Prov./Città Metr	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Iscritta alla C.C.I.A.A. di: Prov./Città Metr	P. IVA	
Con sede in: Stato Prov./Città Metr Comune	Denominazione o ragione sociale	
Con sede in: Stato Prov./Città Metr Comune	Iscritta alla C.C.I.A.A. di: Prov./Città Metr.	n°
PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  il cui legale rappresentante è:  Nome Cognome  Codice Fiscale  Nato a Stato Prov./Città Metr. Comune  Nato il  Residente in Stato Prov./Città Metr. Comune  Indirizzo n° C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune		
PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  il cui legale rappresentante è:  Nome Cognome  Codice Fiscale  Nato a Stato Prov./Città Metr. Comune  Nato il  Residente in Stato Prov./Città Metr. Comune  Indirizzo n° C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune	Indirizzo	n° C.A.P.
Telefono fisso / Cellulare:    I cui legale rappresentante è:   Nome		
il cui legale rappresentante è:  Nome		
Nato a Stato Prov./Città Metr. Comune Nato il  Residente in Stato Prov./Città Metr. Comune Indirizzo n° C.A.P.  PEC Posta elettronica Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune		
Nato a Stato Prov./Città Metr. Comune  Nato il  Residente in Stato Prov./Città Metr. Comune  Indirizzo n° C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune	Nome Cognome	
Nato il  Residente in Stato Prov./Città Metr. Comune  Indirizzo n° C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune	Codice Fiscale	
Nato il  Residente in Stato Prov./Città Metr. Comune  Indirizzo n° C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune	Nato a Stato Prov./Città Metr	Comune
Indirizzo nº C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.		
Indirizzo nº C.A.P.  PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.		
PEC Posta elettronica  Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune	Residente in Stato Prov./Città Metr.	Comune
Telefono fisso / Cellulare:  Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune		n° C.A.P
Dati per la verifica della regolarità contributiva  Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. Comune  codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune		
Cassa edile sede di: Prov./Città Metr. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune		_
codice impresa n. codice cassa n.  INPS sede di: Prov./Città Metr. Comune  Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune		Commun
□ INPS     sede di:     Prov./Città Metr.     Comune       Matr./Pos. Contr. n.     □ INAIL     sede di:     Prov./Città Metr.     Comune	· -	
Matr./Pos. Contr. n.  INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune		
INAIL sede di: Prov./Città Metr. Comune		Containe
		Comune
	· -	

## **DICHIARAZIONI**

Il titolare, consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'<u>articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445</u> 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'articolo 75 del d.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'articolo 75 del d.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità
DICHIARA a) Titolarità dell'intervento
di avere titolo alla presentazione di questa pratica edilizia in quanto
Selezionare tra: amministratore, proprietario
comproprietario, usufruttuario, altro
dell'immobile interessato dall'intervento e di
a.1 avere titolarità esclusiva all'esecuzione dell'intervento
a.2 O non avere titolarità esclusiva all'esecuzione dell'intervento, ma di disporre comunque della dichiarazione di assenso dei terzi titolari di altri diritti reali o obbligatori
b) Opere su parti comuni
che le opere oggetto della presente comunicazione di inizio lavori
b.1 non riguardano parti comuni
b.2 riguardano parti comuni di un fabbricato condominiale
b.3 riguardano parti comuni di un fabbricato con più proprietà, non costituito in condominio, e dichiara che l'intervento è stato approvato dai comproprietari delle parti comuni, come risulta dalla sezione "soggetti coinvolti", firmato da parte di tutti i comproprietari e corredato da copia di documento d'identità
b.4 riguardano parti dell'edificio di proprietà comune ma non necessitano di assenso perché, secondo l'art. 1102 c.c., apportano, a spese del titolare, le modificazioni necessarie per il miglior godimento delle parti comuni non alterandone la destinazione e senza impedire agli altri partecipanti di usufruirne secondo il loro diritto
COMUNICA
c) Qualificazione dell'intervento
l'inizio dei lavori di opere dirette a soddisfare obiettive esigenze contingenti e temporanee e ad essere immediatamente rimosse al cessare della necessità e, comunque, entro un termine non superiore a novanta giorni (art. 6, comma 1, lett. e-bis del d.P.R. n. 380/2001 e n. 26 Tabella A, Sez. II del d.lgs n. 222/2016)
c.1 i lavori avranno inizio in data                   (la data di inizio lavori non deve essere antecedente all'inoltro della pratica)
c.2 i lavori termineranno in data   _   _   _   _   _   _   (la data di fine lavori non deve essere superiore a novanta giorni dall'inizio dei lavori)
c.3 le opere consistono in:
d) Localizzazione dell'intervento
che l'intervento interessa l'immobile sito nel Comune di:
Prov./Città Met. Comune Codice ISTAT
Via, Piazza n° C.A.P Località
scala piano interno
Coordinate dell'intervento: (coordinate UTM - WGS84)  Coord. asse X  Coord. asse Y  censito al catasto
☐ fabbricati ☐ terreni

Comune censuario:		
Prov./C.M. Comune	Codice comune censuario	
foglio mappale o particella	_	
subalterno sezione	sezione urbana	
avente destinazione d'uso	Selezionare tra: commerciale, industriale residenziale, altro	
e) Altre comunicazioni, segnalazioni e asseverazioni eventual contestualmente alla comunicazione di inizio lavori	mente necessarie alla realizzazione delle opere presentate	
Comunicazioni, segnalazioni etc.	Autorità competente	
f) Impresa esecutrice dei lavori		
f.1 Che i lavori sono/saranno eseguiti dalla impresa/e indicata,	/e nella sezione "Soggetti coinvolti"	
f.2 Che, in quanto opere di modesta entità che non interessan persona, senza alcun affidamento a ditte esterne	o le specifiche normative di settore, i lavori saranno eseguiti in prima	
g) Rispetto degli obblighi in materia di salute e sicurezza nei l	uoghi di lavoro	
che l'intervento:		
	nateria di salute e sicurezza sul luogo di lavoro ( d.lgs. n. 81/2008)	
	ria di salute e sicurezza sul luogo di lavoro (d.lgs. n. 81/2008), ma si quadro prima dell'inizio lavori, poiché i dati dell'impresa esecutrice	
	ria di salute e sicurezza sul luogo di lavoro (d.lgs. n. 81/2008) e	
g.3.1 relativamente alla documentazione delle i	mprese esecutrici	
comportano i rischi particolar certificato di iscrizione alla Ca corredato da autocertificazio	del cantiere è inferiore a 200 uomini-giorno ed i lavori non ri di cui all'allegato XI del d.lgs. n. 81/2008 e di aver verificato il umera di commercio, il documento unico di regolarità contributiva, ne in ordine al possesso degli altri requisiti previsti dall'allegato XVII certificazione relativa al contratto collettivo applicato	
comportano i rischi particolar documentazione di cui alle le l'idoneità tecnico professiona medio annuo distinto per qua nazionale della previdenza so (INAIL) e alle casse edili, nono impresa/e esecutrice/i	del cantiere è pari o superiore a 200 uomini-giorno o i lavori ri di cui all'allegato XI del d.lgs. n. 81/2008 e di aver verificato la ttere a) e b) dell'art. 90 comma 9 prevista dal d.lgs. n. 81/2008 circa le della/e impresa/e esecutrice/i e dei lavoratori autonomi, l'organico slifica, gli estremi delle denunce dei lavoratori effettuate all'Istituto ciale (INPS), all'Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro ché il contratto collettivo applicato ai lavoratori dipendenti, della/e	
g.3.2 relativamente alla notifica preliminare di c	•	
ů o	è soggetto all'invio della notifica	
g.3.2.2 () dichiara che l'intervento è so		
	nformativo Ge.CA http://www.previmpresa.servizirl.it/cantieri/ e il tiere per tutta la durata dei lavori, in luogo visibile dall'esterno	
	e dilizia è sospesa qualora sia assente il piano di sicurezza e ascicolo di cui all'articolo 91, comma 1, lettera b), quando previsti, ista, oppure in assenza di documento unico di regolarità contributiva	
h) Rispetto della normativa sulla privacy		
di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali pu	bblicata sul portale istituzionale del comune di riferimento	

OCUMENTAZIONE ALL arrare le caselle interesso		
	ciale dei terzi titolari di altri diritti reali o obbligatori	
	erzi titolari di altri diritti reali o obbligatori	
Ricevuta di	ersamento dei diritti di segreteria	
Copia del do	cumenti d'identità del/i titolare/i	
Dichiarazion	e di assenso dei terzi titolari di altri diritti reali o obbligatori (sezione "titolari")	
Altro allegato  Descrizione	Denominazione allegato	<del></del>
Descrizione		<del></del>