

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			

Progettista delle opere architettoniche (*sempre necessario*)

q 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 o	_____ di _____ al n.	_____	
Telefono	_____ fax.	_____ cell.	_____

Iscritto all'ordine/collegio	_____	di	_____	al n.	_____
Telefono	_____	fax.	_____	cell.	_____
posta elettronica certificata	_____			_____	
				<i>Firma per accettazione incarico</i>	
Direttore dei lavori delle opere strutturali <i>(solo se diverso dal progettista delle opere strutturali)</i>					
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	_____			_____	
				<i>Firma per accettazione incarico</i>	
Altri tecnici incaricati <i>(la sezione è ripetibile in base al numero di altri tecnici coinvolti nell'intervento)</i>					
Incaricato della	<i>(ad es. progettazione degli impianti/certificazione energetica/esecuzione del Piano di Utilizzo, ecc.)</i>				
Cognome e Nome	_____				
codice fiscale	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				
nato a	_____	prov.	_____	stato	_____
nato il	_____				
residente in	_____	prov.	_____	stato	_____

Ragione sociale																			
codice fiscale / p. IVA	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
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

q Cassa edile sede di _____

codice impresa n. _____ codice cassa n. _____

q INPS sede di _____

Matr./Pos. Contr. n. _____

q 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. _____

postea elettronica _____

Firma per accettazione incarico

Dati per la verifica della regolarità contributiva

q Cassa edile sede di _____

codice impresa n. _____ codice cassa n. _____

q INPS sede di _____

Matr./Pos. Contr. n. _____

g INAIL sede di _____

codice impresa n. _____ pos. assicurativa territoriale n. _____

Ragione sociale _____

codice fiscale /
p. IVA

Iscritta alla _____ prov. _____ n. _____

con sede in _____ prov. _____ stato _____

Indirizzo _____ n. _____ C.A.P. _____

il cui legale
rappresentante è _____

[illegible]

nato a _____ prov. _____ stato _____

nato il _____

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica _____

Dati per la verifica della regolarità contributiva

q Cassa edile sede di _____

codice impresa n. _____ codice cassa n. _____

q INPS sede di _____	
Matr./Pos. Contr. n. _____	
q INAIL sede di _____	
codice impresa n. _____	pos. assicurativa territoriale n. _____