



Comune di /*COMUNE*/

Provincia di /*PROV*/

/*INDIRIZZO_COMUNE*/ - /*CAP*/

[/*PEC_SUE*/](#)

richiesta di verifica della veridicità e sostanza dei titoli autorizzativi resistenti (art. 71 del D.P.R. 445/2000)

DATI DELLA SOA				
Cognome		Nome		Codice fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Data di nascita	Sesso	Luogo di Nascita - Comune	Luogo di Nascita - Stato	Cittadinanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Residenza				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posta elettronica	PEC	Telefono fisso	Cellulare	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATI DELLA DITTA O SOCIETÀ				
In qualità di				
<input type="text"/>				
Denominazione/Ragione sociale				
<input type="text"/>				
Partita IVA		Codice fiscale		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Sede Legale				
Comune	Indirizzo	Civico	CAP	Provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Posta elettronica	PEC	Telefono fisso	Cellulare	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Ditta richiedente l'attestazione**Rappresentante legale**

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Carica	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Cittadinanza		Luogo di nascita - Stato		Luogo di nascita - Comune	
<input type="text"/>	<input type="text" value="v"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Residenza - Rappresentante legale

Comune		Indirizzo		Civico	CAP	Provincia
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail		Indirizzo PEC		Telefono		FAX
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

Dati impresa

Denominazione/Ragione sociale					Num. dipendenti	
<input type="text"/>					<input type="text"/>	
Codice Fiscale			Partita IVA			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			
Telefono		Fax		Cellulare		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Email			PEC			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			

Sede legale

Comune		Indirizzo			Civico
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>
Iscritta alla CCIAA di	Al numero	N. matricola INAIL		Sede competente	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
N. matricola INPS	Sede competente	Cod. Fiscale INPS		Sede competente	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Pos. contr. indiv. INPS	Sede competente	Codice impresa Cassa edile		Sede competente	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Contratto applicato nei confronti dei dipendenti:

Edilizia
 Edile con solo impiegati e tecnici
 Altro

CHIEDE LA VERIFICA DI VERIDICITÀ E SOSTANZA

Dei titoli edilizi sotto elencati di cui si allega documentazione sotto specificata:

Pratica edilizia	prot./n.	del
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pratica edilizia	prot./n.	del
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pratica edilizia	prot./n.	del
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pratica edilizia <input type="text"/>	prot./n. <input type="text"/>	del <input type="text"/>
Pratica edilizia <input type="text"/>	prot./n. <input type="text"/>	del <input type="text"/>

DICHIARAZIONI

La richiedente, consapevole delle conseguenze penali in caso di falsa attestazione,

DICHIARA

• di avere interesse giuridico rilevante rispetto alle pratiche edilizie di cui richiede l'attestazione in quanto soggetto che ha prestato la propria opera all'interno del cantiere autorizzato con i titoli edilizi sopra indicati come da notifica preliminare

n. del.

QUADRO RIEPILOGATIVO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA VERIFICA DI VERIDICITÀ E SOSTANZA

<input checked="" type="checkbox"/> Incarico alla SOA da parte del soggetto richiedente accreditamento	Obbligatorio
<input checked="" type="checkbox"/> Documentazione di cui si chiede la verifica di veridicità e sostanza	Obbligatorio
<input type="checkbox"/> Altro allegato <input type="text"/>	Facoltativo

<input type="text" value="/*COMUNE*/"/> Luogo	<input type="text" value="/*DATA*/"/> Data	Firmato digitalmente Il richiedente
--	---	--

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n.2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul portale istituzionale del comune di riferimento