



In allegato alla dichiarazione di  
Codice fiscale

## Ulteriori soggetti coinvolti nel procedimento

### Il sottoscritto committente dei lavori

Cognome	Nome	Codice Fiscale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

in relazione al procedimento indicato nel modulo principale, di aver affidato i seguenti incarichi agli ulteriori soggetti di seguito elencati.

**ulteriore professionista (1)** Ruolo:

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza							
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>							
Possesso Partita IVA		Partita IVA		Albo o Ordine		Sezione	Regione		Provincia	Numero iscrizione			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Sede Professionale													
Provincia		Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>					

**ulteriore professionista (2)** Ruolo:

Titolo		Cognome		Nome		Codice Fiscale							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>							
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza							
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>							
Possesso Partita IVA		Partita IVA		Albo o Ordine		Sezione	Regione		Provincia	Numero iscrizione			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Sede Professionale													
Provincia		Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria				Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>					

**ulteriore impresa esecutrice rappresentata da**

Cognome		Nome			Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			

**in qualità di** *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale					Tipologia					
Sede legale										
Provincia	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC <input type="checkbox"/>	CAP
Codice Fiscale					Partita IVA					
Telefono			Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio					Provincia	Numero Iscrizione				
Ruolo assegnato alla società per la pratica edilizia										

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- copia dei documenti d'identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

Tricase					
Luogo	Data	il dichiarante		il professionista (1)	
il professionista (2)		il rappresentante della società (1)			