

	Amministrazione destinataria	
	Ufficio destinatario	

Comunicazione di inizio lavori di manomissione di suolo pubblico

Il sottoscritto						
Cognome		Nome		Codice Fiscale		
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza		
Residenza						
Provincia	Comune	Indirizzo			Civico	CAP
Telefono fisso	Telefono cellulare	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	CAP
Codice Fiscale			Partita IVA			
Telefono		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata	
in relazione all'autorizzazione per manomissione di suolo pubblico						
Numero		Data				

COMUNICA

la data di inizio dei lavori di manomissione di suolo pubblico e la durata dell'intervento

Data inizio lavori	
Durata dell'intervento (numero totale di giorni)	

Contestualmente alla presente si comunica di aver verificato presso gli enti preposti le interferenze con le reti dei servizi pubblici quali acquedotto, gas, telefono e trasmissione dati, energia elettrica, illuminazione pubblica.

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 veritiera e di falsità in atti,

DICHIARA

<input type="radio"/>	che tutti i soggetti coinvolti nel procedimento sono stati nominati all'atto di presentazione dell'istanza
<input type="radio"/>	di nominare altri soggetti coinvolti nel procedimento (i nominativi sotto indicati saranno aggiunti ai soggetti precedentemente comunicati)

<input type="checkbox"/> responsabile del cantiere				
Titolo	Cognome		Nome	Codice Fiscale
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		
Partita IVA	Albo o ordine professionale		Regione	Cittadinanza
Studio Professionale				
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico
Telefono studio	Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata

<input type="checkbox"/> impresa esecutrice				
Denominazione/Ragione sociale				Tipologia
Sede legale				
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	CAP
Codice Fiscale		Partita IVA		
Telefono		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio			Provincia	Numero iscrizione

Eventuali annotazioni

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

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | copia del documento di identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

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)*

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza. |
|--------------------------|---|

Luogo	Data	Il dichiarante