



COMUNE di NORCIA
SETTORE "D"

Ufficio Pianificazione Territoriale - Beni Ambientali e Paesaggio
Ufficio Urbanistica e Ricostruzione Privata
Ufficio Edilizia Privata
Sportello Unico per le Attività Produttive

Pratica edilizia _____

del / / / / / / / / /

Protocollo _____

da compilare a cura del SUAPE

SOGGETTI COINVOLTI

1. TITOLARI (compilare solo in caso di più di un titolare – sezione ripetibile)

Cognome e Nome _____ codice fiscale / / / / / / / / / / / / / / / / / /

in qualità di ⁽¹⁾ _____ della ditta / società ⁽¹⁾ _____

con codice fiscale / p. IVA ⁽¹⁾ /

nato a _____ prov. / ____ / ____ / stato _____ nato il / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

residente in _____ prov. /__ /__ / stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. ____/____/____/____/____/____

PEC / posta elettronica _____ Telefono fisso / cellulare _____

(1) Da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una ditta o società

2. TECNICI INCARICATI (compilare obbligatoriamente)**Progettista delle opere architettoniche** (sempre necessario)☐ 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. /_/_/_/_/_/_/_/_

Isritto all'ordine/collegio _____ di _____ al n. ____/____/____/____/____/____/

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica certificata _____

Direttore dei lavori delle opere architettoniche (solo se diverso dal progettista 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 _____ di _____ al n. / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Telefono _____ fax. _____ cell. _____

posta elettronica certificata _____

dei dati, alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal Regolamento. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte al SUAP.

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali saranno conservati, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono raccolti e trattati.

Titolare del trattamento: SUAP di _____ *nella persona*
del _____
Indirizzo mail/PEC _____

Responsabile della protezione dati: _____
nella persona del _____
indirizzo mail/PEC _____

Responsabile del Trattamento dei dati (eventuale)
nella persona del _____
indirizzo mail/PEC _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____