



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE UNICA
Attività Agricole
(art. 7 e 8, D.P.R. 7 settembre 2010, n. 160)

MODULO "B" – SOGGETTI COINVOLTI

b.1 TITOLARI (compilare solo in caso di più di un titolare)

Cognome e nome	_____
Codice fiscale	_____
Nato a	_____ il __/__/__ prov. ____ stato _____
Indirizzo	_____ n. ____ C.A.P. _____
Pec/posta elettronica	_____

Cognome e nome	_____
Codice fiscale	_____
Nato a	_____ il __/__/__ prov. ____ stato _____
Indirizzo	_____ n. ____ C.A.P. _____
Pec/posta elettronica	_____

Cognome e nome	_____
Codice fiscale	_____
Nato a	_____ il __/__/__ prov. ____ stato _____
Indirizzo	_____ n. ____ C.A.P. _____

Pec/posta elettronica _____

b.2 SOGGETTI CONNESSI (in caso di interventi ai sensi dell'art. 57 bis comma 2 della L.R. n. 38/99 di cui alla voce a.1.1.3 della sezione a.1 del Modulo "A" Domanda)

Cognome e nome _____
Codice fiscale _____
Nato a _____ il __/__/____ prov. ____ stato _____
Indirizzo _____ n. ____ C.A.P. _____
Pec/posta elettronica _____

Cognome e nome _____
Codice fiscale _____
Nato a _____ il __/__/____ prov. ____ stato _____
Indirizzo _____ n. ____ C.A.P. _____
Pec/posta elettronica _____

Cognome e nome _____
Codice fiscale _____
Nato a _____ il __/__/____ prov. ____ stato _____
Indirizzo _____ n. ____ C.A.P. _____
Pec/posta elettronica _____

Cognome e nome _____
Codice fiscale _____
Nato a _____ il __/__/____ prov. ____ stato _____
Indirizzo _____ n. ____ C.A.P. _____
Pec/posta elettronica _____

b.3 TECNICI INCARICATI (compilare obbligatoriamente)

b.3.1 Tecnico incaricato per la programmazione del miglioramento/trasformazione agricola (Agronomo, Dottore Forestale, Agrotecnico, Perito Agrario) (sempre necessario)

Cognome e Nome _____
Codice fiscale _____
Nato a _____ prov. _____ stato _____ 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. _____
Pec _____

Firma e timbro per accettazione incarico

b.3.2 Progettista delle opere architettoniche (sempre necessario)

Cognome e Nome _____
Codice fiscale _____
Nato a _____ prov. _____ stato _____ 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. _____
Pec _____

Firma e timbro per accettazione incarico

b.3.3 Direttore dei lavori delle opere architettoniche

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

Nato a _____ prov. _____ stato _____ 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. _____

Pec _____

Firma e timbro per accettazione incarico

b.3.4 Progettista delle opere strutturali (solo se necessario)

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

Nato a _____ prov. _____ stato _____ 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. _____

Pec _____

Firma e timbro per accettazione incarico

b.3.5 **Direttore dei lavori delle opere strutturali** (solo se diverso dal progettista delle opere strutturali)

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

Nato a _____ prov. _____ stato _____ 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. _____

Pec _____

Firma e timbro per accettazione incarico

b.3.6 **Altri tecnici incaricati** (la sezione è ripetibile in base al numero di altri tecnici coinvolti nell'intervento)

Incaricato della

(ad es. progettazione degli impianti/certificazione energetica/esecuzione del Piano di Utilizzo, ecc.)

Cognome e Nome _____

Codice fiscale _____

Nato a _____ prov. _____ stato _____ 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. _____

Pec _____

Firma e timbro per accettazione incarico

(se il tecnico è dipendente di un'impresa)

Dati dell'impresa _____

Ragione sociale _____

Codice fiscale/partita 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 _____

Estremi dell'abilitazione (se per lo svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico è richiesta una specifica autorizzazione/iscrizione in albi e registri) _____

Tel. _____ fax _____ cell. _____

PEC _____

Firma e timbro per accettazione incarico

b.4 IMPRESE ESECUTRICI

(compilare in caso di affidamento dei lavori ad una o più imprese)

(la sezione è ripetibile in base al numero di altre imprese coinvolte nell'intervento)

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 _____ il ____ / ____ / ____

Residente in _____ prov. _____ stato _____

Tel. _____ fax _____ cell. _____

Pec _____

Firma

Dati per la verifica della regolarità contributiva

Cassa edile _____ codice cassa n. _____

INPS sede di _____ Matr./Pos. Contr. n. _____

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 _____ il ____/____/____

Residente in _____ prov. _____ stato _____

Tel. _____ fax _____ cell. _____

Pec _____

Firma

Dati per la verifica della regolarità contributiva

Cassa edile _____ codice cassa n. _____

INPS sede di _____ Matr./Pos. Contr. n. _____

INAIL sede di _____

Codice impresa n. _____ pos. Assicurativa territoriale n. _____