

	Amministrazione destinataria Regione Sardegna Ufficio destinatario Ufficio	
--	---	--

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		CAP
Telefono fisso		Telefono cellulare	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
in qualità di <small>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</small>					
Ruolo					
Denominazione/Ragione sociale				Tipologia	
Sede legale					
Provincia	Comune		Indirizzo		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 veritiere 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>(i nominativi sotto indicati saranno aggiunti ai soggetti precedentemente comunicati)</i>

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

<input type="checkbox"/> impresa esecutrice				
Denominazione/Ragione sociale				Tipologia
Sede legale				
Provincia	Comune		Indirizzo	
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