



Città di Medicina

Comune di Medicina
SERVIZIO EDILIZIA E URBANISTICA

Sportello Unico dell'Edilizia
tel. 051 6979208; fax. 051 6979222
ediliziaprivata@comune.medicina.bo.it

COMUNICAZIONE DI INIZIO LAVORI

Il/la sottoscritto/a

residente a

Prov.

CAP

In Via

n°

Tel.

e-mail/PEC

@

in qualità di titolare del PdC

n.

del

relativo ai lavori da realizzare sull'immobile posto nel Comune di Medicina

in via

n°

piano

interno

Individuato catastalmente al Foglio

mapp.

sub

e da destinare a

COMUNICA

che in data

darà inizio ai lavori ai lavori di cui al progetto sopra citato

DICHIARA

- ☐ che non saranno eseguite opere soggette alle norme antisismiche
- ☐ che è stato eseguito presso l' Ufficio Sismico del Nuovo Circondario Imolese il deposito di cui alla LR 19/2008 e s.m.
in data prot. n.
- ☐ che è stata acquisita presso l' Ufficio Sismico del Nuovo Circondario Imolese autorizzazione di cui alla LR 19/2008 e
s.m. n. del

che il DL opere architettoniche è

nato/a a

Prov.

il

residente a

Prov.

CAP

In Via

n°

Tel.

e-mail/PEC

@

Codice fiscale

iscritto all'albo/collegio

della Provincia di

con il numero

che il DL opere strutturali è

nato/a a

Prov.

il

residente a

Prov.

CAP

In Via

n°

Tel.

e-mail/PEC

@

Codice fiscale

iscritto all'albo/collegio

della Provincia di

con il numero

che i lavori saranno eseguiti:

- ☐ in economia diretta
☐ dall'impresa

con sede a

Prov.

CAP

In Via

n°

Tel.

e-mail/PEC

@

Codice fiscale

P. IVA

li

(luogo)

(data)

(Il committente)

(Il DL opere architettoniche)

(Il DL opere architettoniche)

(La ditta esecutrice)

oppure **IN ALTERNATIVA DICHIARA**

- che trattasi di lavori di modesta entità eseguiti direttamente in economia dal committente;
- che **non** sono interessati dall'intervento parti strutturali dell'edificio / unità
- che **non** sussiste l'esigenza di nominare il Coordinatore per la progettazione/esecuzione dei lavori ed il relativo Piano di Sicurezza.

(N.B. : Devono sussistere contemporaneamente tutte e tre le condizioni)

li

(luogo)

(data)

(Il richiedente)

Si ricorda che ai sensi dell'art.23 della LR15/2013 alla effettiva conclusione delle opere, e comunque entro il termine di validità del titolo originario, è necessario trasmettere allo Sportello unico la comunicazione di fine dei lavori corredata dalla domanda di rilascio del certificato di conformità edilizia e agibilità e dai relativi allegati.

La tardiva richiesta del certificato di conformità edilizia e di agibilità, corredata dalla scheda tecnica descrittiva, dopo la scadenza della validità del titolo, comporta l'applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria per unità immobiliare di 100,00 euro per ogni mese di ritardo, fino ad un massimo di dodici mesi. Trascorso tale termine il Comune, previa diffida a provvedere entro il termine di sessanta giorni, applica la sanzione di 1000,00 euro per la mancata presentazione della domanda di conformità edilizia e agibilità.

L'Amministrazione Comunale informa, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che:

- il trattamento dei dati conferiti con dichiarazioni / richieste è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;
- il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'interruzione / l'annullamento dei procedimenti amministrativi;
- in relazione al procedimento ed alle attività correlate, il Comune può comunicare i dati acquisiti con le dichiarazioni / richieste ad altri Enti competenti;
- il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero la modifica, l'aggiornamento e la cancellazione dei dati;
- titolare della banca dati è il Comune di Medicina; responsabili del trattamento dei dati sono i Direttori dei Settori interessati.

TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

D.lgs. 81 del 9/4/2008 coordinato con D.Lgs.106 del 3/8/2009

Il/la sottoscritto/a		
residente a	Prov.	CAP
In Via	n°	Tel.
e-mail/PEC	@
<input type="checkbox"/> In qualità di Responsabile dei lavori		
Ordine/Collegio professionale	Prov.	n°
<input type="checkbox"/> In qualità di committente intestatario del titolo abilitativo	P.G.	del

In riferimento all'intervento di :
.....
.....
.....

in via n° int.

DICHIARA DI AVER VERIFICATO:

☐ l'idoneità tecnico professionale delle imprese affidatarie/lavoratori autonomi secondo le modalità di cui all'allegato XVII
(*per cantieri con entità superiore a 200 uomini giorno*)

☐ il certificato di iscrizione alla C.C. e il DURC (*per cantieri con entità inferiore a 200 uomini giorno*)

DICHIARA DI AVERE CHIESTO ALL'IMPRESA:

☐ dichiarazione dell'impresa esecutrice dei lavori sull'organico medio annuo
(*per cantieri con entità superiore a 200 uomini giorno*)

☐ il DURC e l'autocertificazione relativa al contratto collettivo applicato (*per cantieri con entità inferiore a 200 uomini giorno*)

ALLEGA:

☐ Dichiarazione dell'impresa esecutrice sulla regolarità contributiva

Copia della notifica preliminare di cui all'art. 99 del D.Lgs. 81/08 ☐ dovuto ☐ non dovuto

data

.....
(Responsabile dei lavori)

.....
(Committente)



Città di Medicina

Comune di Medicina
SERVIZIO EDILIZIA E URBANISTICA
Sportello Unico dell'Edilizia
tel. 051 6979208; fax. 051 6979222
ediliziaprivata@comune.medicina.bo.it

NOMINA/SOSTITUZIONE DELL'IMPRESA/DITTA ESECUTRICE DEI LAVORI
(Da redigere a cura del committente)

Il/la sottoscritto/a		
residente a	Prov.	CAP
in Via	n°	Tel.
e-mail/PEC	@
In qualità di committente intestatario del titolo abilitativo	Prot. n	del

In riferimento all'intervento di :
.....
.....
in via n° int.

DICHIARA
DI AFFIDARE L'ESECUZIONE DEI LAVORI

alla ditta
che sottoscrive per accettazione .

data

.....
(Rapp./titolare dell'impresa/ditta)

.....
(Committente)

ovvero
IN SOSTITUZIONE

alla ditta
che sottoscrive per accettazione .

data

.....
(Rapp./titolare dell'impresa/ditta)

.....
(Committente)

L'Amministrazione Comunale informa, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003, che:

il trattamento dei dati conferiti con dichiarazioni / richieste è finalizzato allo sviluppo del relativo procedimento amministrativo ed alle attività ad esso correlate;

il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti;

il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'interruzione / l'annullamento dei procedimenti amministrativi;

in relazione al procedimento ed alle attività correlate, il Comune può comunicare i dati acquisiti con le dichiarazioni / richieste ad altri Enti competenti;

il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero la modifica, l'aggiornamento e la cancellazione dei dati;

titolare della banca dati è il Comune di Medicina; responsabili del trattamento dei dati sono i Dirigenti dei Settori interessati.



Città di Medicina

Comune di Medicina
SERVIZIO EDILIZIA E URBANISTICA
Sportello Unico dell'Edilizia
tel. 051 6979208; fax. 051 6979222
ediliziaprivata@comune.medicina.bo.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA
(da compilarsi a cura della ditta esecutrice)

Il/la sottoscritto/a		
nat	a	Prov.
residente a		Prov.
In Via	n°	Tel.
e-mail/PEC	@	
Codice fiscale		
In qualità di <input type="checkbox"/> proprietario <input type="checkbox"/> rappresentante legale della seguente ditta:		
ragione sociale		
con sede a	Prov.	CAP
in via	n°	
Codice fiscale		
P. IVA		

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- il proprio numero di matricola o iscrizione INPS: _____ sede di _____
- il proprio numero di matricola o iscrizione INAIL: _____ sede di _____
- il proprio numero di iscrizione alla Cassa Edile: _____ sede di _____
- il contratto collettivo applicato ai propri dipendenti: _____
oppure ☐ di non avere dipendenti occupati nella ditta
- che gli adempimenti periodici relativi ai versamenti contributivi sono in regola; che non esistono inadempienze in atto e rettifiche notificate, non contestate o non pagate.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere informato ai sensi del D. Lvo 196/2003 e ss.mm.ii, che i dati personali, anche sensibili, volontariamente forniti e necessari per il certificato richiesto, saranno trattati esclusivamente per il procedimento per il quale è resa questa dichiarazione.

Data ____/____/____

IL DICHIARANTE

Allegare fotocopia della carta d'identità se la firma non viene posta in presenza di un dipendente del Comune (art. 38 del D.P.R. n. 445/2000).