

Pratica edilizia	_____
del (gg/mm/aaaa)	_____
Protocollo	_____
<i>da compilare a cura del SUE/SUAP</i>	

## ALTRI SOGGETTI, ALTRI TECNICI, ALTRE IMPRESE

*(Da compilare in caso di più soggetti, più tecnici e più imprese)*

### SOGGETTI COINVOLTI

#### 1. TITOLARI

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

posta elettronica \_\_\_\_\_

Telefono fisso / cellulare \_\_\_\_\_

*(\*) da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una società o ditta*

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)



indirizzo	VIA GANACETO	n. 146	C.A.P. 41121
con studio in	MODENA	prov. MO	stato ITALIA
indirizzo	VIA EMILIA EST	n. 985	C.A.P. 41122
Iscritto all'ordine/collegio	INGEGNERI	di MODENA	n. 772
Telefono	059-221680	fax.	cell. 3356826473
posta elettronica certificata	alberto.biondini@ingpec.eu		

### 3. IMPRESE ESECUTRICI/INSTALLATRICI

Lavori svolti			
Ragione sociale			
codice fiscale	<input type="text"/>	p. IVA	<input type="text"/>
Iscritta alla C.C.I.A.A. di		prov. _____	stato _____
con sede legale in	Comune _____	prov. _____	C.A.P. _____
	Via _____	n. _____	
Con sede operativa in	Comune _____	prov. _____	C.A.P. _____
	Via _____	n. _____	
il cui legale rappresentante è	_____		
codice fiscale	<input type="text"/>		
nato a		prov. _____	stato _____
nato il	_____		
Telefono		fax. _____	cell. _____
posta elettronica certificata	_____		

#### Ulteriori dati per la verifica della regolarità contributiva

Cassa edile sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ sigla denominazione cassa edile \_\_\_\_\_

INPS sede di \_\_\_\_\_  
 Matricola azienda n. \_\_\_\_\_

INAIL sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ pos. assicurativa territoriale n. \_\_\_\_\_

Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa <input type="checkbox"/> PEC			
Tipo di ditta	<input type="checkbox"/> datore di lavoro <input type="checkbox"/> gestione separata – committente/associante <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione			
CCNL applicato al personale dipendente	<input type="checkbox"/> edilizia <input type="checkbox"/> edile con solo impiegati e tecnici <input type="checkbox"/> altri settori (specificare) _____			
Durc on line	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">n. protocollo</td> <td style="width: 33%; border: none;">Data richiesta</td> <td style="width: 33%; border: none;">Scadenza validità</td> </tr> </table>	n. protocollo	Data richiesta	Scadenza validità
n. protocollo	Data richiesta	Scadenza validità		

---

**INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (art. 13 Regolamento europeo n. 679/2016)**

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679 del 2016 si forniscono le seguenti informazioni:

**Titolare del trattamento:** SUAP/SUE - **Responsabile della protezione dei dati personali:** come designato dall'Ente locale

**Responsabile del trattamento:** Dirigente SUAP/SUE.

**Finalità del trattamento:** I dati personali dichiarati nel presente atto saranno utilizzati dal SUAP/SUE nell'ambito del procedimento per il quale l'atto è reso e nelle attività dovute ad esso correlate.

**Destinatari dei dati personali:** i dati personali indicati nel presente modulo sono accessibili, comunicati e diffusi a norma di legge (in particolare art. 20, comma 6, del DPR n. 380 del 2001 e art. 27 della LR n. 15 del 2013).

**Trasferimento:** i dati personali non sono trasferiti fuori dall'Unione europea.

**Diritti:** l'interessato ha diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, di opporsi al trattamento, di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

**Conferimento dati:** 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 o l'annullamento del procedimento o l'inefficacia dell'atto.

Pratica edilizia	_____
del (gg/mm/aaaa)	_____
Protocollo	_____
<i>da compilare a cura del SUE/SUAP</i>	

## ALTRI SOGGETTI, ALTRI TECNICI, ALTRE IMPRESE

*(Da compilare in caso di più soggetti, più tecnici e più imprese)*

### SOGGETTI COINVOLTI

#### 1. TITOLARI

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

posta elettronica \_\_\_\_\_

Telefono fisso / cellulare \_\_\_\_\_

*(\*) da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una società o ditta*

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)



indirizzo	Via Svezia	n. 4	C.A.P. 42022
con studio in	Boretto	prov. RE	stato Italia
indirizzo	Via Svezia	n. 4	C.A.P. 42022
Iscritto all'ordine/collegio	Periti Industriali	di Reggio Emilia	n. 728
Telefono	0522 1845216	fax.	cell. 3485143472
posta elettronica certificata	david.benatti@pec.eppi.it		

### 3. IMPRESE ESECUTRICI/INSTALLATRICI

Lavori svolti			
Ragione sociale			
codice fiscale	<input type="text"/>	p. IVA	<input type="text"/>
Iscritta alla C.C.I.A.A. di		prov. _____	stato _____
con sede legale in	Comune _____ Via _____	prov. _____ n. _____	C.A.P. _____
Con sede operativa in	Comune _____ Via _____	prov. _____ n. _____	C.A.P. _____
il cui legale rappresentante è	_____		
codice fiscale	<input type="text"/>		
nato a		prov. _____	stato _____
nato il	_____		
Telefono		fax. _____	cell. _____
posta elettronica certificata	_____		

#### Ulteriori dati per la verifica della regolarità contributiva

Cassa edile sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ sigla denominazione cassa edile \_\_\_\_\_

INPS sede di \_\_\_\_\_  
 Matricola azienda n. \_\_\_\_\_

INAIL sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ pos. assicurativa territoriale n. \_\_\_\_\_

Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa <input type="checkbox"/> PEC		
Tipo di ditta	<input type="checkbox"/> datore di lavoro <input type="checkbox"/> gestione separata – committente/associante <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione		
CCNL applicato al personale dipendente	<input type="checkbox"/> edilizia <input type="checkbox"/> edile con solo impiegati e tecnici <input type="checkbox"/> altri settori (specificare) _____		
Durc on line	n. protocollo	Data richiesta	Scadenza validità

---

**INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (art. 13 Regolamento europeo n. 679/2016)**

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679 del 2016 si forniscono le seguenti informazioni:

**Titolare del trattamento:** SUAP/SUE - **Responsabile della protezione dei dati personali:** come designato dall'Ente locale

**Responsabile del trattamento:** Dirigente SUAP/SUE.

**Finalità del trattamento:** I dati personali dichiarati nel presente atto saranno utilizzati dal SUAP/SUE nell'ambito del procedimento per il quale l'atto è reso e nelle attività dovute ad esso correlate.

**Destinatari dei dati personali:** i dati personali indicati nel presente modulo sono accessibili, comunicati e diffusi a norma di legge (in particolare art. 20, comma 6, del DPR n. 380 del 2001 e art. 27 della LR n. 15 del 2013).

**Trasferimento:** i dati personali non sono trasferiti fuori dall'Unione europea.

**Diritti:** l'interessato ha diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, di opporsi al trattamento, di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

**Conferimento dati:** 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 o l'annullamento del procedimento o l'inefficacia dell'atto.



Pratica edilizia	_____
del (gg/mm/aaaa)	_____
Protocollo	_____
<i>da compilare a cura del SUE/SUAP</i>	

## ALTRI SOGGETTI, ALTRI TECNICI, ALTRE IMPRESE

*(Da compilare in caso di più soggetti, più tecnici e più imprese)*

### SOGGETTI COINVOLTI

#### 1. TITOLARI

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

posta elettronica \_\_\_\_\_

Telefono fisso / cellulare \_\_\_\_\_

*(\*) da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una società o ditta*

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)



indirizzo	VIA PAOLO TAROZZI	n. 22	C.A.P. 41013
con studio in	CASTELFRANCO EMILIA	prov. MO	stato IT
indirizzo	PAOLO TAROZZI	n. 22	C.A.P. 41013
Iscritto all'ordine/collegio	ARCHITETTI	di MODENA	n. 529
Telefono	059922266	fax. 059922266	cell. 3404940199
posta elettronica certificata	enrica.morini@archiworldpec.it		

### 3. IMPRESE ESECUTRICI/INSTALLATRICI

Lavori svolti			
Ragione sociale			
codice fiscale	<input type="text"/>	p. IVA	<input type="text"/>
Iscritta alla C.C.I.A.A. di		prov. _____	stato _____
con sede legale in	Comune _____	prov. _____	C.A.P. _____
	Via _____	n. _____	
Con sede operativa in	Comune _____	prov. _____	C.A.P. _____
	Via _____	n. _____	
il cui legale rappresentante è	_____		
codice fiscale	<input type="text"/>		
nato a		prov. _____	stato _____
nato il	_____		
Telefono		fax. _____	cell. _____
posta elettronica certificata	_____		

#### Ulteriori dati per la verifica della regolarità contributiva

Cassa edile sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ sigla denominazione cassa edile \_\_\_\_\_

INPS sede di \_\_\_\_\_  
 Matricola azienda n. \_\_\_\_\_

INAIL sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ pos. assicurativa territoriale n. \_\_\_\_\_

Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa <input type="checkbox"/> PEC		
Tipo di ditta	<input type="checkbox"/> datore di lavoro <input type="checkbox"/> gestione separata – committente/associante <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione		
CCNL applicato al personale dipendente	<input type="checkbox"/> edilizia <input type="checkbox"/> edile con solo impiegati e tecnici <input type="checkbox"/> altri settori (specificare) _____		
Durc on line	n. protocollo	Data richiesta	Scadenza validità

---

**INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (art. 13 Regolamento europeo n. 679/2016)**

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679 del 2016 si forniscono le seguenti informazioni:

**Titolare del trattamento:** SUAP/SUE - **Responsabile della protezione dei dati personali:** come designato dall'Ente locale

**Responsabile del trattamento:** Dirigente SUAP/SUE.

**Finalità del trattamento:** I dati personali dichiarati nel presente atto saranno utilizzati dal SUAP/SUE nell'ambito del procedimento per il quale l'atto è reso e nelle attività dovute ad esso correlate.

**Destinatari dei dati personali:** i dati personali indicati nel presente modulo sono accessibili, comunicati e diffusi a norma di legge (in particolare art. 20, comma 6, del DPR n. 380 del 2001 e art. 27 della LR n. 15 del 2013).

**Trasferimento:** i dati personali non sono trasferiti fuori dall'Unione europea.

**Diritti:** l'interessato ha diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, di opporsi al trattamento, di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

**Conferimento dati:** 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 o l'annullamento del procedimento o l'inefficacia dell'atto.

Pratica edilizia	_____
del (gg/mm/aaaa)	_____
Protocollo	_____
<i>da compilare a cura del SUE/SUAP</i>	

## ALTRI SOGGETTI, ALTRI TECNICI, ALTRE IMPRESE

*(Da compilare in caso di più soggetti, più tecnici e più imprese)*

### SOGGETTI COINVOLTI

#### 1. TITOLARI

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

posta elettronica \_\_\_\_\_

Telefono fisso / cellulare \_\_\_\_\_

*(\*) da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una società o ditta*

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)



indirizzo	STRADELLO PORTILE	n. 42	C.A.P. 41126
con studio in	MODENA	prov. MO	stato ITALIA
indirizzo	VIA PIER PAOLO PASOLINI	n. 23	C.A.P. 41123
Iscritto all'ordine/collegio	PERITI INDUSTRIALI	di MODENA	n. 550
Telefono	059/829345	fax.	cell. 335/1408857
posta elettronica certificata	davide.malaguti@pec.eppi.it		

### 3. IMPRESE ESECUTRICI/INSTALLTRICI

Lavori svolti			
Ragione sociale			
codice fiscale	<input type="text"/>	p. IVA	<input type="text"/>
Iscritta alla C.C.I.A.A. di		prov. _____	stato _____
con sede legale in	Comune _____	prov. _____	C.A.P. _____
	Via _____	n. _____	
Con sede operativa in	Comune _____	prov. _____	C.A.P. _____
	Via _____	n. _____	
il cui legale rappresentante è	_____		
codice fiscale	<input type="text"/>		
nato a		prov. _____	stato _____
nato il	_____		
Telefono		fax. _____	cell. _____
posta elettronica certificata	_____		

#### Ulteriori dati per la verifica della regolarità contributiva

Cassa edile sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ sigla denominazione cassa edile \_\_\_\_\_

INPS sede di \_\_\_\_\_  
 Matricola azienda n. \_\_\_\_\_

INAIL sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ pos. assicurativa territoriale n. \_\_\_\_\_

Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa <input type="checkbox"/> PEC		
Tipo di ditta	<input type="checkbox"/> datore di lavoro <input type="checkbox"/> gestione separata – committente/associante <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione		
CCNL applicato al personale dipendente	<input type="checkbox"/> edilizia <input type="checkbox"/> edile con solo impiegati e tecnici <input type="checkbox"/> altri settori (specificare) _____		
Durc on line	n. protocollo	Data richiesta	Scadenza validità

---

**INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (art. 13 Regolamento europeo n. 679/2016)**

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679 del 2016 si forniscono le seguenti informazioni:

**Titolare del trattamento:** SUAP/SUE - **Responsabile della protezione dei dati personali:** come designato dall'Ente locale

**Responsabile del trattamento:** Dirigente SUAP/SUE.

**Finalità del trattamento:** I dati personali dichiarati nel presente atto saranno utilizzati dal SUAP/SUE nell'ambito del procedimento per il quale l'atto è reso e nelle attività dovute ad esso correlate.

**Destinatari dei dati personali:** i dati personali indicati nel presente modulo sono accessibili, comunicati e diffusi a norma di legge (in particolare art. 20, comma 6, del DPR n. 380 del 2001 e art. 27 della LR n. 15 del 2013).

**Trasferimento:** i dati personali non sono trasferiti fuori dall'Unione europea.

**Diritti:** l'interessato ha diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, di opporsi al trattamento, di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

**Conferimento dati:** 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 o l'annullamento del procedimento o l'inefficacia dell'atto.



Pratica edilizia	_____
del (gg/mm/aaaa)	_____
Protocollo	_____
<i>da compilare a cura del SUE/SUAP</i>	

## ALTRI SOGGETTI, ALTRI TECNICI, ALTRE IMPRESE

*(Da compilare in caso di più soggetti, più tecnici e più imprese)*

### SOGGETTI COINVOLTI

#### 1. TITOLARI

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

posta elettronica \_\_\_\_\_

Telefono fisso / cellulare \_\_\_\_\_

*(\*) da compilare solo nel caso in cui il titolare sia una società o ditta*

**La/II sottoscritta/o**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

codice fiscale

in qualità di (\*) \_\_\_\_\_

della ditta / società (\*) \_\_\_\_\_

con codice fiscale (\*)  partita IVA (\*)



indirizzo	STRADELLO PORTILE	n. 42	C.A.P. 41126
con studio in	MODENA	prov. MO	stato ITALIA
indirizzo	VIA PIER PAOLO PASOLINI	n. 23	C.A.P. 41123
Iscritto all'ordine/collegio	INGEGNERI	di MODENA	n. 3363
Telefono	059/829345	fax.	cell. 340/9887907
posta elettronica certificata	vania.malaguti@ingpec.eu		

### 3. IMPRESE ESECUTRICI/INSTALLATRICI

Lavori svolti			
Ragione sociale			
codice fiscale		p. IVA	
Iscritta alla C.C.I.A.A. di		prov. _____	stato _____
con sede legale in	Comune _____	prov. _____	C.A.P. _____
	Via _____	n. _____	
Con sede operativa in	Comune _____	prov. _____	C.A.P. _____
	Via _____	n. _____	
il cui legale rappresentante è			
codice fiscale			
nato a		prov. _____	stato _____
nato il			
Telefono		fax. _____	cell. _____
posta elettronica certificata			

#### Ulteriori dati per la verifica della regolarità contributiva

Cassa edile sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ sigla denominazione cassa edile \_\_\_\_\_

INPS sede di \_\_\_\_\_  
 Matricola azienda n. \_\_\_\_\_

INAIL sede di \_\_\_\_\_  
 codice impresa n. \_\_\_\_\_ pos. assicurativa territoriale n. \_\_\_\_\_

Recapito corrispondenza	<input type="checkbox"/> sede legale <input type="checkbox"/> sede operativa <input type="checkbox"/> PEC		
Tipo di ditta	<input type="checkbox"/> datore di lavoro <input type="checkbox"/> gestione separata – committente/associante <input type="checkbox"/> lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> gestione separata – titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione		
CCNL applicato al personale dipendente	<input type="checkbox"/> edilizia <input type="checkbox"/> edile con solo impiegati e tecnici <input type="checkbox"/> altri settori (specificare) _____		
Durc on line	n. protocollo	Data richiesta	Scadenza validità

---

**INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (art. 13 Regolamento europeo n. 679/2016)**

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679 del 2016 si forniscono le seguenti informazioni:

**Titolare del trattamento:** SUAP/SUE - **Responsabile della protezione dei dati personali:** come designato dall'Ente locale

**Responsabile del trattamento:** Dirigente SUAP/SUE.

**Finalità del trattamento:** I dati personali dichiarati nel presente atto saranno utilizzati dal SUAP/SUE nell'ambito del procedimento per il quale l'atto è reso e nelle attività dovute ad esso correlate.

**Destinatari dei dati personali:** i dati personali indicati nel presente modulo sono accessibili, comunicati e diffusi a norma di legge (in particolare art. 20, comma 6, del DPR n. 380 del 2001 e art. 27 della LR n. 15 del 2013).

**Trasferimento:** i dati personali non sono trasferiti fuori dall'Unione europea.

**Diritti:** l'interessato ha diritto di accesso ai dati personali, di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano, di opporsi al trattamento, di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

**Conferimento dati:** 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 o l'annullamento del procedimento o l'inefficacia dell'atto.