

*Struttura Sismica Provinciale*

Al SUE/SUAP del Comune di _____

Titolo abilitativo sismico _____ Prot. n. _____ del ___/___/___

Lavori di _____

Indirizzo: _____ n° ___ CAP _____ (___)

ASSEVERAZIONE DEL PROFESSIONISTA ABILITATO**ALLEGATA ALLA COMUNICAZIONE DI PROROGA DEL TERMINE DEL TITOLO ABILITATIVO SISMICOⁱ**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ (___) il ___/___/___

domiciliato/a in via _____ n° ___ CAP _____ (___)

tel. _____ Cell. _____ e mail _____ PEC _____

C.F. _____

iscritto all' _____ della provincia di _____ al n. _____

in qualità di:

- Progettista Strutturale dell'Intero intervento
- Direttore dei Lavori Strutturali dell'Intero intervento

ASSEVERA

- che alla data di presentazione della presente comunicazione i lavori sono già iniziati,
- che a decorrere dalla data di inizio dei lavori non sono entrate in vigore contrastanti previsioni legislative o di piano.

Data ___/___/___

Il Professionista abilitato

(firma autografa o digitale)ⁱ INFORMATIVA PER LA PRIVACY

I vostri dati sono conservati e trattati nel rispetto del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e verranno utilizzati unicamente per gli adempimenti di legge relativi alle procedure edilizie.