



REGIONE LAZIO
COMMISSIONE PROVINCIALE PER L'ARTIGIANATO DI FROSINONE
(Presso la C.C.I.A.A. di Frosinone - Viale Roma snc 03100 Frosinone)



A3_A4_CONS

ALBO IMPRESE ARTIGIANE

MARCA
DA
BOLLO

- A. DENUNCIA DI MODIFICA
 B. DENUNCIA DI CESSAZIONE
DI CONSORZIO PER L'ALBO DELLE
IMPRESE ARTIGIANE

INDICARE N. TEL. / Dello STUDIO - ASSOCIAZIONE

ESTREMI DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DELLE IMPRESE ARTIGIANE (Riservato all'ufficio)

Numero Albo	Numero di Protocollo	Numero R.E.A.

AVVERTENZA: NON COPRIRE I RIQUADRI RISERVATI ALL'UFFICIO CON SCRITTE O TIMBRI

Il sottoscritto:

nato a Prov. (.....) il

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente nel Comune di Cap. Prov. (.....)

Via, viale, piazza, ecc. nr.

Telefono (Al fine di accelerare il provvedimento indicare sempre un recapito telefonico)

in qualità di (Rappresentante legale, Socio, etc.)

della società: N. R.E.A.

Ubicata nel Comune di Prov. (.....)

Via, viale, piazza, ecc. nr.

iscritta all'Albo Imprese Artigiane Nr. per l'attività di:

presenta, ai sensi dell'art. 5 della legge 8/8/1985 n. 443 (domanda da inoltrarsi entro 30 giorni dalla data evento, al Comune nella cui circoscrizione territoriale è svolta l'impresa)

Alla Commissione Provinciale per l'Artigianato di Frosinone

Tramite il Comune di:

Registrazione Protocollo del Comune ricevente

AVVERTENZA: Il modello deve essere compilato in ogni sua parte, pena la restituzione.



DELLE MODIFICHE INDICATE NEI QUADRI COMPILATI



DI CESSAZIONE DALL'ALBO DELLE IMPRESE ARTIGIANE (COMPILARE IL QUADRO N. 10)

1) NUOVA RAGIONE SOCIALE

Dal la nuova ragione sociale / denominazione è la seguente:
.....
.....

2) NUOVA FORMA GIURIDICA

Dal l'impresa assume la seguente forma giuridica:
.....
.....

AVVERTENZA: allegare copia fotostatica dell'atto costitutivo.

3) NUOVO INDIRIZZO DELLA SEDE LEGALE

Dal/...../..... il nuovo indirizzo della sede legale è il seguente:
Comune Cap. Prov. (.....)
Via, viale, piazza, ecc. nr.
Telefono

4) VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' ESERCITATA DALL'IMPRESA

L'impresa dal ha variato la propria attività (iniziando/cessando):
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5) APERTURA/CHIUSURA UNITA' LOCALI

Dal l'impresa ha aperto/chiuso l'unit  locale con sede in:

Comune Cap. Prov. (.....)

Via, viale, piazza, ecc. nr.

Telefono

Tipo unit  locale (negoziio, ufficio, laboratorio)

Attivit  svolta

6) TITOLI ABILITATIVI RELATIVI ALLE ATTIVITA' DELLA SEDE

ISCRIZIONI IN ALBI, RUOLI, ELENCHI, REGISTRI-QUALIFICAZIONI PROFESSIONALI

ENTE AUTORITA'	DENOMINAZIONE	DATA	NUMERO

LICENZE / AUTORIZZAZIONI / DENUNCIA INIZIO ATTIVITA'

ENTE AUTORITA'	DENOMINAZIONE	DATA	NUMERO

7) INGRESSO IMPRESE CONSORZIATE

Dal sono entrati nr. soci nel consorzio:

1. Denominazione:

Forma giuridica: Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sede:

R.I. di nr. R.E.A. nr. A.I.A. (prov.)

2. Denominazione:

Forma giuridica: Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sede:

R.I. di nr. R.E.A. nr. A.I.A. (prov.)

8) USCITA IMPRESE CONSORZIATE

Dal sono uscite nr. soci nel consorzio:

ELENCO

Denominazione:

Forma giuridica: Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sede:

R.I. di nr. R.E.A. nr. A.I.A. (prov.)

Denominazione:

Forma giuridica: Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sede:

R.I. di nr. R.E.A. nr. A.I.A. (prov.)

9) ALTRE MODIFICHE

.....

.....

.....

.....

10) ISTANZA DI CANCELLAZIONE DELL'IMPRESA

Data di cessazione dell'attività Il motivo della richiesta di cancellazione è il seguente:

Cessazione di ogni attività artigiana: L'attività continua in forma non artigiana: NO SI

a) rimane inattiva b) svolge attività non artigiana nella provincia

c) è sciolta e posta in liquidazione senza apertura della fase di liquidazione

d) per mancata ricostituzione della pluralità dei soci entro il termine di 6 mesi scaduti il

e) per altre cause

Trasferimento di sede nella Provincia di Comune

Prevalente attività (commerciale, agricola, ecc.):

Maggioranza dei soci non artigiani;

Trasformazione in impresa con la seguente forma giuridica non prevista dalla L. 443/85;

Altro:

.....

11) DICHIARAZIONE DI CHIUSURA DELLA PARTITA IVA

Dal ha cessato la partita IVA n.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 con data
Evento del, presso l'ufficio IVA di, dichiara inoltre di
non essere titolare di altra partita IVA.

12) RICONSEGNA AUTORIZZAZIONI

Dal ha restituito l'Autorizzazione / Concessione, con data evento
presso il Comune / Ente

AVVERTENZA: Allegare copia semplice della riconsegna.

13) DICHIARAZIONI VARIE

Il sottoscritto dichiara
.....
.....

14) ALLEGATI

1.
2.
3.
4.

AVVERTENZA: Allegare sempre una copia semplice dell'atto relativo all'evento notificato.

DICHIARO di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/76 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

MI IMPEGNO a notificare, entro 30 giorni dalla data in cui si è verificato l'evento, alla Commissione Provinciale per l'Artigianato presso la C.C.I.A.A. di Frosinone, il cambiamento di sede, data la variazione dell'attività esercitata, la cessazione o la perdita di uno dei requisiti previsti degli artt. 2, 3 e 4 della L. 443/1985 e comunque tutte le variazioni che abbiano a verificarsi.

DICHIARO infine sotto la mia propria responsabilità che le notizie contenute nella presente domanda rispondono a verità, consapevole che ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi resi al fine di procurare a sé o ad altri indebiti riconoscimenti di situazioni di fatto o di diritto, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi Speciali in materia e comportano la scadenza dei benefici (art. 75). L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

Luogo e data

15) FIRMA DEL TITOLARE DELL'IMPRESA

Nome e Cognome	Firma
----------------	-------

16) SPAZIO PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDENTITÀ' DEL FIRMATARIO

Si dichiara autentica la firma de..... Sig.	
n. doc. riconoscimento rilasciato il dal	
Data Firma (per esteso) e qualifica del ricevente
Avvertenza: La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione nel caso in cui l'istanza è presentata unitamente a copia fotostatica (non autenticata) di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità.	

Informativa ai sensi del D. Lgs. 196 del 30/6/2003

“ Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali “

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali forniti a questa Camera di Commercio nell'ambito del procedimento cui è inserita la presente istanza, saranno oggetto di trattamento, svolto con o senza l'ausilio di sistemi informatici, nel pieno rispetto della normativa istitutiva dei registri, albi e ruoli ed elenchi gestiti dalla Camera di Commercio.

Di tale trattamento è titolare la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Frosinone, con sede in Viale Roma - 03100 FROSINONE.

I dati saranno resi disponibili a terzi nei limiti e nelle modalità previsti dalla normativa vigente, nonché agli altri soggetti del sistema Camerale.

Responsabile del trattamento è il Segretario Generale della C.C.I.A.A. di Frosinone, cui rivolgersi per maggiori informazioni relative alle finalità e modalità del trattamento nonché per l'eventuale esercizio dei diritti previsti dall' articolo 7 del D. Lgs.196/2003.

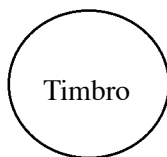
IL RESPONSABILE

Vista la domanda di
intesa ad ottenere la (1) all'Albo delle Imprese Artigiane , alla cassa mutua di malattia , nei ruoli I.V.S. ;
Visto l'art. 63, quarto comma, lettera a) del D.P.R. del 24-7-1977, n 616
Visto il rapporto del Comando di Polizia Urbana;
Vista la legge 8 agosto 1985, n. 443.

CERTIFICA

che
nat..... il a già titolare di una impresa esercente
l'attività di
con sede in questo Comune, via, n., ha (2),
con decorrenza
(giorno, mese ed anno)

lì,



IL RESPONSABILE

.....

(1) Cancellazione, variazione.
(2) Indicare l'evento e se trattasi di cessazione di attività o perdita dei requisiti artigiani rappresentarne i motivi.

Allegare i talloncini attestanti:

- il versamento di €, dovuto in applicazione della legge n. 49 del 27-2-1978, sui diritti di segreteria, a mezzo bollettino di c/c n. 12900031, intestato alla Camera di Commercio I.A.A. di Frosinone;

- il versamento di €, dovuto in applicazione della legge n. 30 del 2-5-1980, a mezzo bollettino di c/c n. 63101000, intestato alla Regione Lazio - Tasse Concessioni Regionali.

<i>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO</i>	
La Commissione Regionale per l'Artigianato, nella riunione del	
<u> </u> ha <u> </u> non ha	disposto la cancellazione/variazione nell'Albo delle Imprese Artigiane.
IL SEGRETARIO	
Frosinone,

<i>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO</i>	
La Commissione Regionale per l'Artigianato, in sede di ricorso, nella riunione del	
<u> </u> ha <u> </u> non ha	disposto la cancellazione/variazione nell'Albo delle Imprese Artigiane.
IL SEGRETARIO	
Frosinone,

ATTESTAZIONE DI VERSAMENTO DEI DIRITTI DI SEGRETERIA	ALTRE TASSE O DIRITTI
---	------------------------------