



MARCA DA BOLLO

**A3\_A4\_IND**

ALBO IMPRESE ARTIGIANE

A. DENUNCIA DI MODIFICA  
 B. DENUNCIA DI CESSAZIONE  
 DI IMPRENDITORI INDIVIDUALI  
 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.) .....

dell'impresa individuale: .....

Ubicata nel Comune di .....

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.**

**Denuncia**

DELLE MODIFICHE INDICATE NEI QUADRI COMPILATI

DI CESSAZIONE DALL'ALBO DELLE IMPRESE ARTIGIANE (COMPILARE DAL QUADRO N. 12)

**1) NUOVA RESIDENZA ANAGRAFICA DELL'IMPRENDITORE**

Dal ..... la nuova residenza è la seguente:

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

Via, viale, piazza, ecc. .... nr. ....

**Telefono** .....

**2) NUOVA SEDE DELL'IMPRESA**

Dal ..... la nuova sede dell'impresa è la seguente:

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

Via, viale, piazza, ecc. .... nr. ....

**Telefono** .....

**3) NUOVA DITTA O DENOMINAZIONE**

Dal ..... la nuova ditta è la seguente: .....

.....

**4) NUOVA INSEGNA**

Dal .....  è eliminata ogni insegna  la nuova insegna è quella sotto indicata

.....



## 9) 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

**Avvertenza:** Allegare copia semplice delle autorizzazioni o licenze ottenute per l'esercizio dell'attività. Si precisa inoltre che le attività soggette a licenza o autorizzazione possono essere legittimamente esercitate solo dal momento dell'emanazione del provvedimento.

## 10) COMMERCIO AL DETTAGLIO IN SEDE FISSA

Dal ...../...../..... l'attività prevalente dell'impresa è la seguente: .....

nel settore merceologico è:     alimentare     non alimentare     alimentare / non alimentare

## 11) APPLICAZIONE DELL'ART. 5 COMMA 3 DELLA LEGGE 8 AGOSTO 1985 N. 443 (\*\*)

Il richiedente in qualità di     coniuge     figlio     tutore     altro (specificare)

del titolare d'impresa, chiede di conservare l'iscrizione nell'Albo delle Imprese Artigiane avendo assunto l'esercizio dell'impresa. A tal scopo;

DICHIARA che l'imprenditore: .....

nato a: ..... il ..... è (deceduto, invalido, dichiarato inabile o

interdetto):..... in data: ..... e che gli unici eredi del

suddetto sono i seguenti:

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Relazione di parentela	Partecipazione manuale
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

(\*\*) ... in caso di invalidità, di morte o di intervenuta sentenza che dichiari l'interdizione o l'inabilitazione dell'imprenditore artigiano, la relativa impresa può conservare, su richiesta, l'iscrizione all'albo di cui al primo comma, anche in mancanza di uno dei requisiti previsti all'art. 2 L. 443/85, per un periodo massimo di cinque anni o fino al compimento della maggiore età dei figli minori, sempre che l'esercizio dell'impresa venga assunto dal coniuge, dai figli maggiorenni o minori emancipati o dal tutore dei figli minorenni dell'imprenditore invalido, deceduto, interdetto o inabilitato.

## 12) 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 (1)     SI
- Cessione dell'azienda; impresa subentrante: .....
- Trasferimento di sede nella provincia di ..... Comune .....
- Assunto alle dipendenze della ditta ..... Allegare copia della lettera di assunzione o buste paghe).
- Prevalente attività (commerciale, agricola, ecc.): .....  
Superamento dei limiti dimensionali ai sensi dell'art. 4 L. 443/85 (Allegare copia autenticata libro matricola):  
Tipo lavorazione:     non in serie     in serie ma in modo non del tutto automatizzato  
Coadiuvanti: ..... Operai: ..... Impiegati: ..... Apprendisti: .....  
Apprendisti qualificati da meno di 2 anni: ..... Dipendenti con contratto formazione lavoro .....  
Lavoratori a domicilio: ..... Dipendenti portatori di handicap: .....
- Il titolare     non presta opera     presta opera in misura non prevalente nell'impresa in quanto:  
.....
- Altro: .....  
.....  
.....

**(1) Se l'impresa è iscritta nella sezione speciale del Registro Imprese con altre qualifiche oltre a quella di impresa artigiana, presentare all'Ufficio del Registro delle Imprese istanza di cancellazione.**

## 13) SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA'

Dal ..... fino al ..... l'attività viene sospesa; motivo della sospensione:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(\* Allegate copia fotostatica della documentazione relativa alla sospensione dell'attività

## 14) 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.

Qualora sia titolare di altra partita IVA, indicare il n. 

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

la data di apertura ..... l'attività .....

.....

**AVVERTENZA:** Allegare, sempre, copia chiusura Partita IVA

### 15) RICONSEGNA AUTORIZZAZIONI

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

**AVVERTENZA:** Allegare copia semplice della riconsegna.

### 16) CANCELLAZIONE ALL'ALBO AUTOTRASPORTATORI

Dal ..... ha riconsegnato l'iscrizione all'Albo Autotrasportatori di Frosinone

**AVVERTENZA:** Allegare copia semplice della cancellazione dall'Albo Autotrasportatori

### 17) DICHIARAZIONE RELATIVA AL DECESSO DEL TITOLARE D'IMPRESA

Il sottoscritto .....  
in qualità di erede (specificare il grado di parentela) ..... dichiara che il  
Sig. ....  
nato a ..... il ..... è deceduto in  
data .....

Dichiara, inoltre; che nessuno degli eredi indicati dal c.3 dell'art. 5 della legge 8/5/85 n. 443 richiede di conservare l'iscrizione nell'Albo delle Imprese Artigiane.

**AVVERTENZA:** In caso di decesso del titolare la domanda di Cessazione va presentata, unitamente al certificato di morte, direttamente presso la CPA di Frosinone. Inoltre la marca da bollo non è dovuta.

### 18) DICHIARAZIONI VARIE

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

### 19) ALLEGATI

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**AVVERTENZA:** In caso di cessazione attività allegare, sempre, copia chiusura Partita IVA

**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 .....

## 20) FIRMA DEL TITOLARE DELL'IMPRESA

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

## 21) SPAZIO PER L'ACCERTAMENTO DELL'IDENTITA' 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

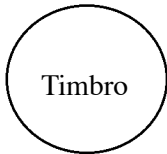
l'attività di .....

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.
	<b>IL SEGRETARIO</b>
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.
	<b>IL SEGRETARIO</b>
Frosinone, .....	.....

<b>ATTESTAZIONE DI VERSAMENTO DEI DIRITTI DI SEGRETERIA</b>	<b>ALTRE TASSE O DIRITTI</b>
---	------------------------------