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

C_F

ALBO IMPRESE ARTIGIANE

MARCA DA BOLLO
(Euro 11,00)

ISCRIZIONE
CANCELLAZIONE DEI
FAMILIARI COADIUVANTI
NEGLI ELENCHI
PREVIDENZIALI ARTIGIANI

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 (Titolare, Rappresentante legale, Socio, etc.) .....

dell'Impresa Individuale/Società denominata: .....

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

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

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

.....

CHIEDE

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.**

☐ Iscrizione dei familiari coadiuvati negli elenchi previdenziali artigiani (Legge 04/07/1959 n. 463)

☐ Cancellazione dei familiari coadiuvati negli elenchi previdenziali artigiani (Legge 04/07/1959 n. 463)

DICHIARA

che i familiari di seguito elencati vengano iscritti negli elenchi previdenziali artigiani in quanto lavorano abitualmente e prevalentemente nell'impresa e non sono lavoratori subordinati, apprendisti, titolari di altra impresa artigiana individuale né soci di altra impresa artigiana costituita in forma societaria (domanda da inoltrarsi entro 30 giorni dalla data evento, al Comune nella cui circoscrizione territoriale è svolta l'impresa):

1) ISCRIZIONE

1) Cognome ..... Nome .....

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

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ grado di parentela o affinità .....

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

Cittadinanza ..... data inizio della collaborazione nell'attività

dell'impresa .....

2) Cognome ..... Nome .....

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

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ grado di parentela o affinità .....

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

Cittadinanza ..... data inizio della collaborazione nell'attività

dell'impresa .....

3) Cognome ..... Nome .....

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

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ grado di parentela o affinità .....

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

Cittadinanza ..... data inizio della collaborazione nell'attività

dell'impresa .....

Cancellazione di familiari coadiuvanti negli elenchi previdenziali artigiani
(Legge 4/7/1959, n. 463)

DICHIARA

che i familiari di seguito elencati non prendono più parte al lavoro dell'impresa e ne chiedono, pertando, la cancellazione dagli elenchi previdenziali artigiani:

2) CANCELLAZIONE

1) Cognome ..... Nome .....

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

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ grado di parentela o affinità .....

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

Cittadinanza ..... data di cessazione della collaborazione

nell'attività dell'impresa .....

2) Cognome ..... Nome .....

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

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ grado di parentela o affinità .....

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

Cittadinanza ..... data di cessazione della collaborazione

nell'attività dell'impresa .....

3) Cognome ..... Nome .....

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

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | grado di parentela o affinità .....

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

Cittadinanza ..... data di cessazione della collaborazione

nell'attività dell'impresa .....

3) DICHIARAZIONI VARIE

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4) ALLEGATI

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

NOTE:

1. Allegare certificato anagrafico con rapporti di parentela (nel caso di iscrizione del coll/familiare).
2. Nel caso in cui l'Impresa Familiare è stata costituita tramite atto pubblico o scrittura privata autenticata allegare copia semplice dell'atto costitutivo

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 sè 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 .....

5) FIRMA DEL TITOLARE DELL'IMPRESA

Nome e Cognome	Firma

6) 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.

COMUNE DI ....

ALLA COMMISSIONE PROVINCIALE PER L'ARTIGIANATO

FROSINONE

IL SINDACO

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, ...

Timbro

IL SINDACO

.....

(1) Iscrizione/cancellazione.
(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 Euro ....., 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 Euro ....., 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.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

La Commissione Regionale per l'Artigianato, nella riunione del .....

ha / non ha disposto l'iscrizione/cancellazione nell'Albo delle Imprese Artigiane.

IL SEGRETARIO

Frosinone, ...

.....

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

La Commissione Regionale per l'Artigianato, in sede di ricorso, nella riunione del .....

ha / non ha disposto l'iscrizione/cancellazione nell'Albo delle Imprese Artigiane.

IL SEGRETARIO

Frosinone, ...

.....

ATTESTAZIONE DI VERSAMENTO DEI DIRITTI DI SEGRETERIA	ALTRE TASSE O DIRITTI