



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
 COMMISSIONE PROVINCIALE PER L'ARTIGIANATO  
 ORISTANO  
 c/o Camera di Commercio - Via Carducci, 23

**ISCRIZIONE  
 di  
 SOCIETÀ**

**AA/2**

**DOMANDA ALL'ALBO PROVINCIALE DELLE IMPRESE ARTIGIANE**  
 AI SENSI DELL'ART. 5, LEGGE 8 AGOSTO 1985 N. 443 E LEGGE REGIONALE 10 SETTEMBRE 1990 N. 41

**ESTREMI ISCRIZIONE**

N. ALBO _____ Delibera del ____ / ____ / ____	ANNOTATO NEL R.I. N. _____ Data ____ / ____ / ____	PROTOCOLLO N. _____ Data ____ / ____ / ____
--	---	--

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 in qualità di legale rappresentante della società \_\_\_\_\_  
 iscritta al R.I. di \_\_\_\_\_ al N. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA (se diversa dal C.F.) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- L'ISCRIZIONE NELL'ALBO IMPRESE ARTIGIANE  
 L'ISCRIZIONE ALLA GESTIONE PREVIDENZIALE I.N.P.S.

*(Barrare la casella o le caselle relative ai quadri compilati)*

1	<input type="checkbox"/>	Sede dell'Attività Artigiana	10	<input type="checkbox"/>	Cariche o qualifiche tecniche della sede
2	<input type="checkbox"/>	Insegna della Sede	11	<input type="checkbox"/>	Generalità dei soci Partecipanti
3	<input type="checkbox"/>	Attività Artigiana unica o prevalente della sede	12	<input type="checkbox"/>	Generalità dei soci non Partecipanti
4	<input type="checkbox"/>	Altre Attività artigiane esercitate nella sede	13	<input type="checkbox"/>	Familiari Collaboratori
5	<input type="checkbox"/>	Numero di addetti occupati nella sede	14	<input type="checkbox"/>	Notizie sull'attività
6	<input type="checkbox"/>	Iscrizioni in albi, ruoli, elenchi, registri, ecc.	15	<input type="checkbox"/>	Occupazione
7	<input type="checkbox"/>	Licenze o Autorizzazioni	16	<input type="checkbox"/>	Attrezzature e Macchinari
8	<input type="checkbox"/>	Denuncia di inizio attività art. 19 L. 241/90	17	<input type="checkbox"/>	Note
9	<input type="checkbox"/>	Precedente titolare dell'attività della sede			

**1 - SEDE DELL'ATTIVITÀ ARTIGIANA**

Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Comune \_\_\_\_\_ Frazione o Località \_\_\_\_\_  
 Via, viale, piazza, ecc. \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_  
 Presso (o altre indicazioni) \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**2 - INSEGNA DELLA SEDE (eventuale)**

\_\_\_\_\_

**3 - ATTIVITÀ ARTIGIANA UNICA O PREVALENTE ESERCITATA NELLA SEDE**

Con effetto dal	è iniziata l'attività di _____	
giorno	mese	anno
_____	_____	_____

**4 - ALTRE ATTIVITÀ ARTIGIANE ESERCITATA NELLA SEDE**

Con effetto dal	è iniziata l'attività di _____	
giorno	mese	anno
_____	_____	_____

**5 - NUMERO DI ADDETTI OCCUPATI NELLA SEDE**

Dipendenti nr.	_____	Indipendenti nr.	_____
----------------	-------	------------------	-------

## TITOLI ABILITATIVI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ ARTIGIANA DELLA SEDE

### 6 - ISCRIZIONI IN ALBI, RUOLI, ELENCHI, REGISTRI, ecc.

Ente o Autorità	Denominazione albo, ruolo, ecc.	Data	Numero
		/ /	
		/ /	

### 7 - LICENZE O AUTORIZZAZIONI

Ente o Autorità	Denominazione licenza o autorizzazione	Data	Numero
		/ /	
		/ /	

### 8 - DENUNCIA DI INIZIO ATTIVITÀ AI SENSI DELL'ART. 19 L. n. 241/1990

In data ____ / ____ / ____	è stata presentata denuncia di inizio dell'attività di cui al quadro: _____ a (Ente o Autorità) _____
In data ____ / ____ / ____	è stata presentata denuncia di inizio dell'attività di cui al quadro: _____ a (Ente o Autorità) _____

### 9 - PRECEDENTE TITOLARE DELL'ATTIVITÀ SVOLTA NELLA SEDE (eventuale)

Denominazione o Ditta: _____			
Codice Fiscale _____			
Nr. R.I. _____	Ufficio di _____	Nr. REA _____	CCIAA di (sigla) _____
Titolo del Subentro _____			

### 10 - CARICHE O QUALIFICHE TECNICHE RELATIVE ALLA SEDE (per ogni persona compilare l'Int. P)

Relativamente alla attività esercitata presso la sede dell'attività artigiana			
la carica di _____	è attribuita a nr. _____ persone	dal ____ / ____ / ____	_____
la carica di _____	è attribuita a nr. _____ persone	dal ____ / ____ / ____	_____

### 11 - GENERALITÀ DEI SOCI che partecipano professionalmente e manualmente al lavoro

<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Stato _____	
<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Stato _____	
<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Stato _____	
<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Stato _____	
<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Stato _____	

## 12 - GENERALITÀ DEI SOCI che NON partecipano professionalmente e manualmente al lavoro

<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____	Prov. ____ C.A.P. ____ Stato _____
<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____	Prov. ____ C.A.P. ____ Stato _____
<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____	Prov. ____ C.A.P. ____ Stato _____
<input type="checkbox"/> SOCIO	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita: (Comune) _____	Prov. ____ C.A.P. ____ Stato _____

## 13 - FAMILIARI COLLABORATORI che lavorano abitualmente e prevalentemente nell'impresa

<input type="checkbox"/> Del Socio (cognome) _____	(nome) _____
grado di parentela o affinità _____	
Cognome _____	Nome _____ Codice Fiscale _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita (Comune) _____	Prov. ____ C.A.P. ____ Stato _____
Indirizzo _____	
<input type="checkbox"/> Del Socio (cognome) _____	(nome) _____
grado di parentela o affinità _____	
Cognome _____	Nome _____ Codice Fiscale _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita (Comune) _____	Prov. ____ C.A.P. ____ Stato _____
Indirizzo _____	
<input type="checkbox"/> Del Socio (cognome) _____	(nome) _____
grado di parentela o affinità _____	
Cognome _____	Nome _____ Codice Fiscale _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita (Comune) _____	Prov. ____ C.A.P. ____ Stato _____
Indirizzo _____	
<input type="checkbox"/> Del Socio (cognome) _____	(nome) _____
grado di parentela o affinità _____	
Cognome _____	Nome _____ Codice Fiscale _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di Nascita (Comune) _____	Prov. ____ C.A.P. ____ Stato _____
Indirizzo _____	

## 14 - NOTIZIE SULL'ATTIVITÀ

Luogo ove si svolge l'attività	<input type="checkbox"/> in apposito laboratorio <input type="checkbox"/> presso il committente <input type="checkbox"/> in forma ambulante <input type="checkbox"/> _____
Carattere prevalente dell'attività	<input type="checkbox"/> manuale <input type="checkbox"/> meccanizzata <input type="checkbox"/> in' serie <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> non in serie</span> <input type="checkbox"/> artistica (D.P.R. 8.6.1964 n. 537)

## 15 - OCCUPAZIONE

Maestranze Occupate	M	F	Totale
Soci che partecipano all'attività			
Familiari coadiunvati			
Impiegati			
Operai			
Apprendisti			
C.F.L.			
in TOTALE			

## 16 - ATTREZZATURE E MACCHINARI

Elenco dei macchinari o attrezzature di proprietà	Elenco dei macchinari o attrezzature ad altro titolo

## 17 - NOTE

--	--

### **FIRMA DELL'AMMINISTRATORE O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE** (Autenticata ai sensi dell'art. 20 legge n. 15/1968 e in regola con l'imposta di bollo)

Cognome e Nome _____	Firma Originale _____
Attesto che il firmatario _____, della cui identità personalmente mi sono accertato a mezzo _____ ha apposto la sua firma alla mia presenza, previo ammonimento delle sanzioni penali a carico di chi dichiara il falso o esibisce atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità.  data ____ / ____ / ____  <div style="text-align: center;">_____</div> Firma (per esteso) e qualifica del pubblico ufficiale	Marca da bollo