

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**COMMISSIONE PROVINCIALE PER L'ARTIGIANATO
ORISTANO

c/o Camera di Commercio - Via Carducci, 23

**ISCRIZIONE
di
IMPRESA INDIVIDUALE**

AA/1

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 titolare dell'impresa individuale _____
con sede in _____ Via _____
Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

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"/>	Dati Anagrafici	12	<input type="checkbox"/>	Insegna della Sede
2	<input type="checkbox"/>	Residenza Anagrafica	13	<input type="checkbox"/>	Cariche e Qualifiche nella Sede
3	<input type="checkbox"/>	Limitazione alla capacità di agire	14	<input type="checkbox"/>	Iscrizione in albi, ruoli, elenchi, registri, etc.
4	<input type="checkbox"/>	Ditta	15	<input type="checkbox"/>	Licenze o Autorizzazioni
5	<input type="checkbox"/>	Sede dell'Attività Artigiana	16	<input type="checkbox"/>	Denuncia di inizio attività art. 19 L. 241/90
6	<input type="checkbox"/>	Trasferimento della Sede da Altra Provincia	17	<input type="checkbox"/>	Precedente Titolare dell'Attività Artigiana
7	<input type="checkbox"/>	Attività Artigiana Unica o Prevalente della Sede	18	<input type="checkbox"/>	Familiari Collaboratori
8	<input type="checkbox"/>	Altra attività Artigiana esercitata nella Sede	19	<input type="checkbox"/>	Notizie sull'attività
9	<input type="checkbox"/>	—	20	<input type="checkbox"/>	Occupazione
10	<input type="checkbox"/>	Ammontare del Capitale Investito	21	<input type="checkbox"/>	Attrezzature e Macchinari
11	<input type="checkbox"/>	Numero di Addetti	22	<input type="checkbox"/>	Note

1 - DATI ANAGRAFICI DELL'IMPRENDITORE

Codice Fiscale _____	Partita IVA _____
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____	

2 - RESIDENZA ANAGRAFICA DELL'IMPRENDITORE⁽¹⁾

Stato _____	Provincia _____	C.A.P. _____
Comune _____		Frazione o Località _____
Via, viale, piazza, ecc. _____		N. civico _____
Presso (o altre indicazioni) _____		

3 - LIMITAZIONE ALLA CAPACITÀ DI AGIRE DELL'IMPRENDITORE (eventuale)

1	<input type="checkbox"/>	Minore	2	<input type="checkbox"/>	Minore emancipato/a	3	<input type="checkbox"/>	Inabilitato/a	4	<input type="checkbox"/>	Interdetto/a
Nome e cognome del rappresentante d'incapace (compilare l'Int. P) _____											

4 - DITTA

⁽¹⁾ Se il titolare o la titolare ha il domicilio fiscale diverso dalla residenza anagrafica dovrà indicarlo nel quadro «NOTE».

TITOLI ABILITATIVI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ ARTIGIANA DELLA SEDE

14 - ISCRIZIONI IN ALBI, RUOLI, ELENCHI, REGISTRI, ecc.

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

15 - LICENZE O AUTORIZZAZIONI

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

16 - 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) _____

17 - PRECEDENTE TITOLARE DELL'ATTIVITÀ ESERCITATA NELLA SEDE (eventuale)

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

18 - FAMILIARI COLLABORATORI che lavorano abitualmente e prevalentemente nell'impresa

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

