



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

**MODIFICA e
 CANCELLAZIONE di
 SOCIETÀ**

AA/4

DENUNCIA per L'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 all'A.I.A. di _____ al N. _____ ed Iscritta al R.I. di _____ al N. _____
 Codice Fiscale _____ Partita IVA _____

CHIEDE

LA CANCELLAZIONE DALL'A.I.A. E DALLA GESTIONE PREVIDENZIALE I.N.P.S.
 (Compilare i quadri dal n. 15 al n. 22)

DENUNCIA

LE SEGUENTI MODIFICHE ALLA POSIZIONE A.I.A. E/O ALLA GESTIONE PREVIDENZIALE DELL'I.N.P.S.

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

1	<input type="checkbox"/>	Nuova Sede dell'Attività Artigiana	9	<input type="checkbox"/>	Inclusione Soci Partecipanti
2	<input type="checkbox"/>	Variazione di Insegna della Sede	10	<input type="checkbox"/>	Inclusione Soci non Partecipanti
3	<input type="checkbox"/>	Variazione di Attività Artigiana	11	<input type="checkbox"/>	Recesso Soci Partecipanti
4	<input type="checkbox"/>	Iscrizione in Albi, Ruoli, Elenchi, Registri, ecc.	12	<input type="checkbox"/>	Recesso Soci non Partecipanti
5	<input type="checkbox"/>	Licenze e Autorizzazioni	13	<input type="checkbox"/>	Inclusione familiare collaboratore
6	<input type="checkbox"/>	Denuncia inizio Attività art. 19 L. 241/90	14	<input type="checkbox"/>	Cancellazione familiare collaboratore
7	<input type="checkbox"/>	Variazione di cariche o qualifiche tecniche			
8	<input type="checkbox"/>	Assunzione di Gestione	23	<input type="checkbox"/>	Note

1 - NUOVA SEDE DELL'ATTIVITÀ ARTIGIANA

Con effetto dal			la sede dell'impresa è stata trasferita al seguente indirizzo		
giorno	mese	anno	Provincia _____	C.A.P. _____	
			Comune _____	Frazione _____	
			Via, viale, piazza, ecc. _____	N. civico _____	

2 - VARIAZIONE DI INSEGNA DELLA SEDE

Con effetto dal			<input type="checkbox"/> è stata eliminata ogni insegna
giorno	mese	anno	<input type="checkbox"/> la nuova insegna è la seguente: _____

3 - VARIAZIONE DI ATTIVITÀ ARTIGIANA ESERCITATA NELLA SEDE

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

TITOLI ABILITATIVI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ ARTIGIANA DELLA SEDE

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

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

5 - LICENZE O AUTORIZZAZIONI

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

6 - 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) _____

7 - VARIAZIONE DI CARICHE o QUALIFICHE TECNICHE NELLA SEDE

Con effetto dal giorno mese anno	A (nome e cognome) _____ è <input type="checkbox"/> attribuita <input type="checkbox"/> confermata <input type="checkbox"/> modificata <input type="checkbox"/> cessata la carica o qualifica di _____
Con effetto dal giorno mese anno	A (nome e cognome) _____ è <input type="checkbox"/> attribuita <input type="checkbox"/> confermata <input type="checkbox"/> modificata <input type="checkbox"/> cessata la carica o qualifica di _____

8 - ASSUNZIONE DI GESTIONE (Art. 19 comma 5 L.R. n. 41/90)

Cognome e Nome _____	Parentela _____
nato a _____ il _____	C.F. _____
Indirizzo _____	
Cognome e Nome _____	Parentela _____
nato a _____ il _____	C.F. _____
Indirizzo _____	
Cognome e Nome _____	Parentela _____
nato a _____ il _____	C.F. _____
Indirizzo _____	

9 - INCLUSIONE SOCI PARTECIPANTI

Con effetto dal giorno mese anno	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Con effetto dal giorno mese anno	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

10 - INCLUSIONE SOCI NON PARTECIPANTI

Con effetto dal giorno mese anno	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Con effetto dal giorno mese anno	Cognome _____ Nome _____ C.F. _____ Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

11 - RECESSO SOCI PARTECIPANTI

Con effetto dal			Cognome _____	Nome _____
giorno	mese	anno	C.F. _____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Con effetto dal			Cognome _____	Nome _____
giorno	mese	anno	C.F. _____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

12 - RECESSO SOCI NON PARTECIPANTI

Con effetto dal			Cognome _____	Nome _____
giorno	mese	anno	C.F. _____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Con effetto dal			Cognome _____	Nome _____
giorno	mese	anno	C.F. _____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

13 - INCLUSIONE FAMILIARE COLLABORATORE

Con effetto dal			Del <input type="checkbox"/> SOCIO _____ grado di parentela o affinità _____	
giorno	mese	anno	Cognome _____	Nome _____ C.F. _____
			Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Luogo di Nascita (Comune) _____ Prov. ____ C.A.P. _____	
			Stato _____ Indirizzo _____	
Con effetto dal			Del <input type="checkbox"/> SOCIO _____ grado di parentela o affinità _____	
giorno	mese	anno	Cognome _____	Nome _____ C.F. _____
			Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Luogo di Nascita (Comune) _____ Prov. ____ C.A.P. _____	
			Stato _____ Indirizzo _____	
Con effetto dal			Del <input type="checkbox"/> SOCIO _____ grado di parentela o affinità _____	
giorno	mese	anno	Cognome _____	Nome _____ C.F. _____
			Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Luogo di Nascita (Comune) _____ Prov. ____ C.A.P. _____	
			Stato _____ Indirizzo _____	

14 - CANCELLAZIONE FAMILIARE COLLABORATORE

Con effetto dal			Del <input type="checkbox"/> SOCIO _____ grado di parentela o affinità _____	
giorno	mese	anno	Cognome _____	Nome _____ C.F. _____
			Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Luogo di Nascita (Comune) _____ Prov. ____ C.A.P. _____	
			Stato _____ Indirizzo _____	
Con effetto dal			Del <input type="checkbox"/> SOCIO _____ grado di parentela o affinità _____	
giorno	mese	anno	Cognome _____	Nome _____ C.F. _____
			Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Luogo di Nascita (Comune) _____ Prov. ____ C.A.P. _____	
			Stato _____ Indirizzo _____	
Con effetto dal			Del <input type="checkbox"/> SOCIO _____ grado di parentela o affinità _____	
giorno	mese	anno	Cognome _____	Nome _____ C.F. _____
			Data di Nascita ____ / ____ / ____	Cittadinanza _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
			Luogo di Nascita (Comune) _____ Prov. ____ C.A.P. _____	
			Stato _____ Indirizzo _____	

QUADRI RELATIVI ALLA CANCELLAZIONE

15 - CESSATA ATTIVITÀ il ____ / ____ / ____ (indicare l'ultimo giorno di attività)

16 - TRASFORMAZIONE IN SOCIETÀ NON PREVISTA DALLA L. 443/85

Con effetto dal			La nuova forma giuridica è _____		
giorno	mese	anno	Estremi dell'atto: <input type="checkbox"/> pubblico <input type="checkbox"/> scrittura privata <input type="checkbox"/> altra forma		
			dell'atto ____ / ____ / ____ Notaio rogante _____		
			Sede notarile _____ n. repertorio _____		
			n. decreto di omologa _____ data deposito ____ / ____ / ____		

17 - TRASFERIMENTO IN ALTRA PROVINCIA

Con effetto dal			Il nuovo indirizzo è		
giorno	mese	anno	Provincia _____ Comune _____		
			C.A.P. _____ Indirizzo _____		
			presso _____ Tel. ____ / _____ Fax ____ / _____		

18 - PREVALENTE ATTIVITÀ COMMERCIALE DAL ____ / ____ / ____

19 - MAGGIORANZA DI SOCI NON PARTECIPANTI DAL ____ / ____ / ____

20 - SUPERAMENTO LIMITI DIMENSIONALI (art. 4 L. 443/85)

Con effetto dal			Tipo Lavorazione <input type="checkbox"/> in serie		
giorno	mese	anno	<input type="checkbox"/> non in serie		
			Soci _____ Collaboratori _____ Operai _____		
			Apprendisti _____ Impiegati _____		

21 - PERDITA REQUISITI IMPRENDITORIALITÀ (art. 2 comma 1 Legge n. 443/85)

22 - ALTRO

23 - 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 ____ / ____ / ____			Marca da bollo
_____ Firma (per esteso) e qualifica del pubblico ufficiale			