

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

c/o Camera di Commercio - Via Carducci, 23

**MODIFICA e  
CANCELLAZIONE di  
IMPRESA INDIVIDUALE**

AA/3

**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 titolare dell'impresa individuale \_\_\_\_\_  
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. DELL'IMPRESA  
(Compilare i quadri dal n. 18 al n. 27)

**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"/>	Nuovo Codice Fiscale o Partita IVA	11	<input type="checkbox"/>	Iscrizioni in albi, ruoli, elenchi, registri etc.
2	<input type="checkbox"/>	Residenza Anagrafica	12	<input type="checkbox"/>	Licenze o Autorizzazioni
3	<input type="checkbox"/>	Limitazione alla capacità di agire	13	<input type="checkbox"/>	Denuncia di inizio attività art. 19 L. 241/90
4	<input type="checkbox"/>	Nuova Ditta	14	<input type="checkbox"/>	Precedente Titolare dell'Attività Artigiana
5	<input type="checkbox"/>	Nuovo Indirizzo della Sede dell'Attività Artigiana	15	<input type="checkbox"/>	Assunzione di Gestione
6	<input type="checkbox"/>	Variazione di Insegna della Sede	16	<input type="checkbox"/>	Inclusione di Familiare Collaboratore
7	<input type="checkbox"/>	Variazione di Attività Artigiana della Sede	17	<input type="checkbox"/>	Cancellazione Familiare Collaboratore
10	<input type="checkbox"/>	Cariche e Qualifiche nella Sede	28	<input type="checkbox"/>	Note

**1 - NUOVO CODICE FISCALE O PARTITA IVA DELL'IMPRENDITORE**

Con effetto dal			<input type="checkbox"/> il nuovo Codice Fiscale è _____ <input type="checkbox"/> la nuova Partita IVA è _____
giorno	mese	anno	

**2 - RESIDENZA ANAGRAFICA DELL'IMPRENDITORE**

Con effetto dal			la nuova residenza è la seguente		
giorno	mese	anno	Stato _____	Provincia _____	C.A.P. _____
			Comune _____	Frazione _____	
			Via, viale, piazza, ecc. _____		N. civico _____
			Presso (o altre indicazioni) _____		

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

Con effetto dal			<input type="checkbox"/> è stato attribuito <input type="checkbox"/> è cessato    lo stato di:		
giorno	mese	anno	<input type="checkbox"/> Minore	<input type="checkbox"/> Minore emancipato/a	<input type="checkbox"/> Inabilitato/a <input type="checkbox"/> Interdetto/a
			Nome e cognome del rappresentante d'incapace (compilare l'Int. P)		
			_____		

#### 4 - NUOVA DITTA

Con effetto dal			la nuova ditta o il nuovo nome di distinzione è _____
giorno	mese	anno	

#### 5 - NUOVA INDIRIZZO DELLA SEDE DELL'ATTIVITÀ ARTIGIANA

Con effetto dal			la sede dell'impresa è trasferita al seguente indirizzo		
giorno	mese	anno	Stato _____	Provincia _____	C.A.P. _____
			Comune _____	Frazione _____	
Via, viale, piazza, ecc. _____					N. civico _____
Presso (o altre indicazioni) _____					
Telefono _____			Telefax _____		

#### 6 - VARIAZIONE DI INSEGNA DELLA SEDE

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

#### 7 - VARIAZIONE DI ATTIVITÀ ARTIGIANA ESERCITATA NELLA SEDE

_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
_____	
Classificazione ISTAT _____	

#### 10 - CARICHE e QUALIFICHE NELLA SEDE (Responsabile tecnico, ecc.)

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

### TITOLI ABILITATIVI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ ARTIGIANA DELLA SEDE

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

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

#### 12 - LICENZE O AUTORIZZAZIONI

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

#### 13 - 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) _____

**14 - PRECEDENTE TITOLARE DELL'ATTIVITÀ ARTIGIANA ESERCITATA NELLA SEDE (eventuale)**

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

**15 - 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 _____	

**16 - INCLUSIONE FAMILIARE COLLABORATORE**

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

**17 - CANCELLAZIONE FAMILIARE COLLABORATORE**

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

**QUADRI RELATIVI ALLA CANCELLAZIONE**

18 -  **CESSATA ATTIVITÀ** il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (indicare l'ultimo giorno di attività)

19 -  **DECESSO DEL TITOLARE** avvenuto in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

20 -  **TRASFERIMENTO IN ALTRA PROVINCIA**

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

21 -  **PREVALENTE ATTIVITÀ COMMERCIALE DAL** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

22 -  **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	Operari
			Apprendisti	Impiegati	

23 -  **PASSAGGIO A LAVORO SUBORDINATO (del Titolare)**

Con effetto dal			Ditta		
giorno	mese	anno	Comune		
			Via		
			Telefono		

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

25 -  **IL TITOLARE NON PARTECIPA PROFESSIONALMENTE DAL** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

26 -  **SUBENTRO DI ALTRO SOGGETTO NELL'ATTIVITÀ DELLA SEDE (eventuale)**

Denominazione del soggetto subentrante					
Codice Fiscale					
Nr. R.I.		Ufficio di		Nr. REA	
CCIAA di (sigla)					
Titolo del Subentro					

27 -  **ALTRO**


28 -  **NOTE**


**FIRMA AUTENTICATA DEL RICHIEDENTE**

*(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 ____ / ____ / ____  Firma del funzionario _____			Marca da bollo