

|                                                                                                                                          |                               |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>REGIONE LAZIO</b><br><br><b>COMMISSIONE PROVINCIALE<br/>PER L'ARTIGIANATO</b><br>(presso Camera di Commercio I.I.A.)<br><b>LATINA</b> | <b>MARCA<br/>DA<br/>BOLLO</b> | <b>ISCRIZIONE<br/>di SOCIETA'</b><br><b>nell'ALBO IMPRESE ARTIGIANE</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

**DOMANDA ALL'ALBO PROVINCIALE DELLE IMPRESE ARTIGIANE**  
 AI SENSI DELL'ART. 5, LEGGE 8 AGOSTO 1985 N. 443

**ESTREMI ISCRIZIONE**

|                                              |                                                   |                                            |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| N° ALBO _____<br>Delibera del ____/____/____ | ANNOTATO NEL R.I. N° _____<br>Data ____/____/____ | PROTOCOLLO N° _____<br>Data ____/____/____ |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
 in qualità di legale rappresentante della società \_\_\_\_\_  
 Iscritta al Registro Imprese di \_\_\_\_\_ al N° REA \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'ISCRIZIONE NELL'ALBO IMPRESE ARTIGIANE e NELLA GESTIONE PREVIDENZIALE I.N.P.S.

**1 - SEDE LEGALE**

|                                    |                           |                 |
|------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Comune _____                       | Frazione o Località _____ | C.A.P. _____    |
| Via, viale, piazza, ecc. _____     |                           | N° civico _____ |
| Presso (o altre indicazioni) _____ |                           |                 |
| Telefono _____ / _____             | Telefax _____ / _____     |                 |
| Internet _____ e.mail _____        |                           |                 |

**2 - SEDE DELL'ATTIVITÀ ARTIGIANA** se diversa da quella legale

|                                    |                           |                 |
|------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Comune _____                       | Frazione o Località _____ | C.A.P. _____    |
| Via, viale, piazza, ecc. _____     |                           | N° civico _____ |
| Presso (o altre indicazioni) _____ |                           |                 |
| Telefono _____ / _____             | Telefax _____ / _____     |                 |
| Internet _____ e.mail _____        |                           |                 |

**3 - INSEGNA**

|  |
|--|
|  |
|--|

**4 - ATTIVITÀ ARTIGIANA ESERCITATA (1)**

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dal ____/____/____ è iniziata l'attività di:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1) Qualora si esercitino più attività indicare per prima quella prevalente

**5 - ISCRIZIONI IN ALBI, RUOLI, ELENCHI, REGISTRI, ecc.**

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

**6 - LICENZE O AUTORIZZAZIONI**

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

**7 - DENUNCIA DI INIZIO ATTIVITÀ O COMUNICAZIONE**

|                        |                                                                                                                              |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| In data ____/____/____ | è stata presentata denuncia di inizio dell'attività o comunicazione a<br>(Ente o Autorità) _____<br>per l'attività di: _____ |
| In data ____/____/____ | è stata presentata denuncia di inizio dell'attività o comunicazione a<br>(Ente o Autorità) _____<br>per l'attività di: _____ |

per attività L. 46/90 - Imprese Installatrici L.82/94 (Imprese di Pulizia) L. 122/92 (Imprese di Autoriparazione)  
(compilare e allegare il modulo apposito)

**8 - SOCI QUALIFICATI per attività L. 46/90 - L.82/94 - L.122/92 - L. 1142/70**

|                                         |
|-----------------------------------------|
| Dal ____/____/____ il socio _____       |
| Svolge la sua opera qualifica di: _____ |
| Dal ____/____/____ il socio _____       |
| Svolge la sua opera qualifica di: _____ |

**9 - 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 _____                                           |
| Residenza: Provincia. _____                   | Comune. _____                                                                  |
| Via _____                                     | N° civico _____ C.A.P. _____                                                   |
| Eventuale precedente posizione A.I.A. : _____ |                                                                                |
| • <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 _____                                           |
| Residenza: Provincia. _____                   | Comune. _____                                                                  |
| Via _____                                     | N° civico _____ C.A.P. _____                                                   |
| Eventuale precedente posizione A.I.A. : _____ |                                                                                |
| • <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 _____                                           |
| Residenza: Provincia. _____                   | Comune. _____                                                                  |
| Via _____                                     | N° civico _____ C.A.P. _____                                                   |
| Eventuale precedente posizione A.I.A. : _____ |                                                                                |

**10 - 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 _____                                    |
| Residenza: Provincia. _____      | Comune. _____      |                                                             |
| Via _____                        | N° civico _____    | C.A.P. _____                                                |

  

|                                  |                    |                                                             |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| • <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 _____                                    |
| Residenza: Provincia. _____      | Comune. _____      |                                                             |
| Via _____                        | N° civico _____    | C.A.P. _____                                                |

  

|                                  |                    |                                                             |
|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| • <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 _____                                    |
| Residenza: Provincia. _____      | Comune. _____      |                                                             |
| Via _____                        | N° civico _____    | C.A.P. _____                                                |

**11 - FAMILIARI COLLABORATORI che lavorano abitualmente e prevalentemente nell'impresa**

|                                                                         |                    |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| • <input type="checkbox"/> 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 _____                                    |
| Residenza: Provincia. _____                                             | Comune. _____      |                                                             |
| Via _____                                                               | N° civico _____    | C.A.P. _____                                                |
| COLLABORATORE DEL SOCIO (cognome e nome) _____ grado di parentela _____ |                    |                                                             |

  

|                                                                         |                    |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| • <input type="checkbox"/> 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 _____                                    |
| Residenza: Provincia. _____                                             | Comune. _____      |                                                             |
| Via _____                                                               | N° civico _____    | C.A.P. _____                                                |
| COLLABORATORE DEL SOCIO (cognome e nome) _____ grado di parentela _____ |                    |                                                             |

  

|                                                                         |                    |                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| • <input type="checkbox"/> 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 _____                                    |
| Residenza: Provincia. _____                                             | Comune. _____      |                                                             |
| Via _____                                                               | N° civico _____    | C.A.P. _____                                                |
| COLLABORATORE DEL SOCIO (cognome e nome) _____ grado di parentela _____ |                    |                                                             |

**12 - NOTIZIE SULL'ATTIVITÀ**

|                                                   |                                       |                                                      |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Luogo ove si svolge l'attività                    | Carattere prevalente dell'attività    |                                                      |
| <input type="checkbox"/> nella propria abitazione | <input type="checkbox"/> manuale      | <input type="checkbox"/> non del tutto automatizzata |
| <input type="checkbox"/> in apposito laboratorio  | <input type="checkbox"/> meccanizzata | <input type="checkbox"/> non in serie                |
| <input type="checkbox"/> presso il committente    | <input type="checkbox"/> artistica    |                                                      |
| <input type="checkbox"/> in forma ambulante       |                                       |                                                      |
| <input type="checkbox"/> _____                    |                                       |                                                      |

**13 - OCCUPAZIONE**

| <b>Maesranze Occupate</b>                    | <b>M</b> | <b>F</b> | <b>TOT.</b> |
|----------------------------------------------|----------|----------|-------------|
| Titolare o soci che partecipano all'attività |          |          |             |
| Familiari collaboratori                      |          |          |             |
| Impiegati                                    |          |          |             |
| Operai                                       |          |          |             |
| Apprendisti                                  |          |          |             |
| Contratti formazione lavoro                  |          |          |             |
| Lavoratori a domicilio                       |          |          |             |
| <b>TOTALE</b>                                |          |          |             |

**14 - ATTREZZATURE E MACCHINARI**

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elenco dei macchinari o attrezzature utilizzate (indicare se di proprietà o del committente) |
|                                                                                              |
|                                                                                              |
|                                                                                              |
|                                                                                              |
|                                                                                              |
|                                                                                              |

**NOTE / DOCUMENTI ALLEGATI**

|  |
|--|
|  |
|  |

**DICHIARAZIONE SULLE INCOMPATIBILITA'**

**1. i sottoscritti dichiarano di non essere titolari di altra impresa individuale artigiana né soci artigiani di altra società avente sede in questa o altra provincia**

**FIRMA DEGLI AMMINISTRATORI**

(non autenticata)

N.B.

- a) Se il modello viene presentato presso il Comune o la C.P.A. l'amministratore firma davanti all'addetto che ne autentica la sottoscrizione;
- b) Se il modello viene spedito al Comune o alla C.P.A. è sufficiente la semplice firma dell'amministratore, con allegata la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

| Cognome e Nome | Firma |
|----------------|-------|
| 1              |       |
| 2              |       |
| 3              |       |
| 4              |       |

**Spazio per l'autentica della sottoscrizione**

1- n. doc. ricon. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

2- n. doc. ricon. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

3- n. doc. ricon. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

4- n. doc. ricon. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma dell'impiegato addetto)