



ESERCENTI ATTIVITA' COMMERCIALI

COD. SC01
Mod. ARCO 1 (Ditta individuale)

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA INVALIDITA' - VECCHIAIA - SUPERSTITI

ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
SPORTELLO POLIFUNZIONALE

SEDE DI _____

TIMBRO E DATA

Il sottoscritto

COGNOME E NOME		CODICE FISCALE	
DATA DI NASCITA	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	PARTITA IVA

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

Residenza anagrafica del titolare:

COMUNE	PROV.	C.A.P.	TELEFONO
VIA, VIALE, PIAZZA			N. CIVICO

in qualità di titolare dell'impresa, CHIEDE l'iscrizione alla gestione Commercianti del
TITOLARE e/o COLLABORATORE

L'ATTIVITA' VIENE ESERCITATA NEL COMUNE DI

INIZIO ATTIVITA' DAL

NUMERO DIPENDENTI	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

NUMERO COLLABORATORI	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ATTIVITA' ESERCITATA: _____ _____

Sede dell'impresa

COMUNE	PROV.	C.A.P.	TELEFONO
VIA, VIALE, PIAZZA		N. CIVICO	TELEFAX TELEX

Iscrizioni in albi, elenchi e registri:

ENTE GESTORE DELL'ALBO	DENOMINAZIONE DELL'ALBO	DATA DI RILASCIO

Licenze o autorizzazioni

ENTE DAL QUALE SONO STATE RILASCIATE	TIPO DI AUTORIZZAZIONE O LICENZA	DATA DI RILASCIO

STUDIO 74 - www.studio74.it

Familiari collaboratori che lavorano abitualmente e prevalentemente nell'impresa senza essere lavoratori subordinati o apprendisti:

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA		PROVINCIA
CODICE FISCALE			
VIA			N. CIV.
CAP	COMUNE		PROVINCIA
INIZIO COLLABORAZIONE DAL			

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA		PROVINCIA
CODICE FISCALE			
VIA			N. CIV.
CAP	COMUNE		PROVINCIA
INIZIO COLLABORAZIONE DAL			

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA		PROVINCIA
CODICE FISCALE			
VIA			N. CIV.
CAP	COMUNE		PROVINCIA
INIZIO COLLABORAZIONE DAL			

PER SOLO ISCRIZIONI DI COLLABORATORI INDICARE
IL CODICE IMPRESA:

DOCUMENTI DA ALLEGARE

per iscrizione TITOLARE

- Attestato di iscrizione al Reg. Ditte - Anagrafe C.C.I.A.A.
- Stato di famiglia

per iscrizione COLLABORATORI

- Stato di famiglia
- Atto impresa familiare o Atto Notorio
- Altri documenti _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- di essere titolare di un'Impresa organizzata prevalentemente con il lavoro proprio e dei componenti la famiglia;
- di avere la piena responsabilità dell'Impresa e di assumersi tutti gli oneri e i rischi inerenti alla gestione della medesima;
- di svolgere la propria attività con carattere di abitudine e prevalenza;
- che i coadiutori occupati nell'impresa svolgono la loro opera con carattere di abitudine e prevalenza;

Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità civili e penali che derivano, in base alla disposizione di legge, dalla denuncia di circostanze non corrispondenti a verità.

Si impegna altresì:

- 1) a produrre l'ulteriore documentazione di cui l'INPS, avvalendosi della facoltà concessa dalla legge, riterrà di richiedere la consegna o la presentazione in visione;
- 2) a segnalare tempestivamente il verificarsi di circostanze che comportino rettifica dei dati forniti con la presente domanda come la trasformazione dell'attività esercitata, il mutamento della denominazione o dell'indirizzo, l'apertura e la chiusura di dipendenze, le variazioni nella persona del titolare.

DATA _____ FIRMA _____

PATRONATO E ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA

Il sottoscritto delega il Patronato _____ presso cui elegge domicilio e della cui assistenza si è avvalso, ad assisterlo gratuitamente ai sensi della legge.

Dichiara inoltre di essere iscritto alla seguente Associazione di categoria _____ e di autorizzare l'INPS a riscuotere il contributo associativo (ai sensi della legge n. 311 del 4 giugno 1973)

DATA _____ FIRMA _____

STUDIO O CONSULENTE DEL LAVORO

La presente domanda è stata presentata
dallo STUDIO _____
dal CONSULENTE _____

INDIRIZZO	COMUNE	CAP	TELEFONO

RISERVATO INPS

DELIBERAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Visto quanto richiesto con la presente domanda;
Vista la documentazione allegata

SI DELIBERA

- Di ACCOGLIERE la domanda con conseguente iscrizione nella gestione COM DAL _____
- Di RESPINGERE la domanda in quanto mancano i requisiti previsti dalla Legge.

IL FUNZIONARIO ADDETTO IL DIRIGENTE IL REPARTO

DATA _____

RISERVATO ALL'ACQUISIZIONE

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

GESTIONE COMMERCianti		ISCRIZIONE D'IMPRESA			COD. OP. 1	
	RIS.	COMP.	COM.	DOM.ACC.	TIPO	
IVS	COD.FISC.	ATT.				
CAP	IND.	COMUNE			PREP	
TITOLARE: COGNOME NOME		DATA NASCITA	M/F	PROV.	COMUNE NASCITA	
COLLABORATORE: COGNOME NOME		DATA NASCITA	M/F	PROV.	INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS
COLLABORATORE: COGNOME NOME		DATA NASCITA	M/F	PROV.	INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS
COLLABORATORE: COGNOME NOME		DATA NASCITA	M/F	PROV.	INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS
ACQUISTO IL _____ N° _____ FIRMA _____					INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS

STUDIO 74 - www.studio74.it

GESTIONE COMMERCianti		ISCRIZIONE D'IMPRESA			COD. OP. 2	
	RIS.	COMP.	COM.	DOM.ACC.	TIPO	
TITOLARE: COGNOME NOME		DATA NASCITA	M/F	PROV.	COMUNE NASCITA	
COLLABORATORE: COGNOME NOME		DATA NASCITA	M/F	PROV.	INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS
COLLABORATORE: COGNOME NOME		DATA NASCITA	M/F	PROV.	INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS
COLLABORATORE: COGNOME NOME		DATA NASCITA	M/F	PROV.	INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS
ACQUISTO IL _____ N° _____ FIRMA _____					INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS