



ESERCENTI ATTIVITA' COMMERCIALI

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

ALL' ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
SPORTELLO POLIFUNZIONALE

SEDE DI

TIMBRO A DATA

Il sottoscritto

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

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

NUMERO COLLABORATORI

ATTIVITA' ESERCITATA:

Sede dell'Impresa

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

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

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

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

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

COGNOME		NOME	
DATA NASCITA	COMUNE 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 abitualità e prevalenza;
- che i coadiutori occupati nell'impresa svolgono la loro opera con carattere di abitualità e prevalenza;

Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità civili e penali che derivano, in base alle disposizioni 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

GESTIONE COMMERCianti		ISCRIZIONI 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
ACQUISITO IL N° FIRMA					INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS

GESTIONE COMMERCianti		ISCRIZIONE COLLABORATORE			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
ACQUISITO IL N° FIRMA					INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS