


<p><b>REGIONE CAMPANIA</b></p>  <p>COMMISSIONE PROVINCIALE PER L'ARTIGIANATO (PRESSO CCIAA) di</p>	<p>MARCA DA BOLLO</p>	<p>ISCRIZIONE di IMPRENDITORE INDIVIDUALE nell'ALBO IMPRESE ARTIGIANE e ANNOTAZIONE nel REGISTRO DELLE IMPRESE</p>
---	-------------------------------	--

## DOMANDA ALL'ALBO PROVINCIALE DELLE IMPRESE ARTIGIANE

AI SENSI DELL'ART. 5, LEGGE 8 AGOSTO 1985 N. 443

### ESTREMI ISCRIZIONE (riservata alla Segreteria della Commissione)

<p>N° ALBO _____ Delibera del ____/____/____</p>	<p>ANNOTATA NEL R.I. N° _____ Data ____/____/____</p>	<p>PROTOCOLLO N° _____ Data ____/____/____</p>
--	---	--

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di titolare di impresa individuale

non ancora iscritta nel Registro Imprese

già iscritta nel R.I. \_\_\_\_\_ e al n° REA \_\_\_\_\_

## CHIEDE

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

### 1 - DATI ANAGRAFICI DELL'IMPRENDITORE

Codice Fiscale _____	Partita IVA _____
Cognome _____	Nome _____
Data di nascita ____/____/____	Cittadinanza _____
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____	

### 2 - RESIDENZA ANAGRAFICA DELL'IMPRENDITORE<sup>1</sup>

Provincia _____	Comune _____	Frazione o Località _____
Via, viale, piazza ecc. _____		N° Civico _____
Presso (o altre indicazioni) _____		C.A.P. _____
Tel. _____		

### 3 - LIMITAZIONE ALLA CAPACITA' DI AGIRE DELL'IMPRENDITORE (eventuale)

1 <input type="checkbox"/> Minore	2 <input type="checkbox"/> Minore emancipato/a	3 <input type="checkbox"/> Inabilitato/a	4 <input type="checkbox"/> Interdetto/a
Nome e cognome del rappresentante d'incapace _____			

### 4 - DITTA

_____
-------

<sup>1</sup> Se il titolare o la titolare ha il domicilio diverso dalla residenza anagrafica dovrà indicarlo nel quadro "NOTE"



## 5 - SEDE DELL'ATTIVITA' ARTIGIANA

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

## 6 - ATTIVITA' ARTIGIANA ESERCITATA NELLA SEDE

Dal ____ / ____ / ____ è iniziata l'attività di: _____
_____
_____
_____

## 7 - INSEGNA DELLA SEDE (eventuale)

_____
-------

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

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

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

## 9 - LICENZE o AUTORIZZAZIONI

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

## 10 - DENUNCIA DI INIZIO ATTIVITA' O COMUNICAZIONE

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

In data ____ / ____ / ____ è stata presentata denuncia di inizio dell'attività o comunicazione a (Ente o Autorità) _____ 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)

## 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. _____
grado di parentela _____		



•  Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Luogo di nascita (Comune) Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
 Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 grado di parentela \_\_\_\_\_

•  Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Luogo di nascita (Comune) Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
 Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 grado di parentela \_\_\_\_\_

•  Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Luogo di nascita (Comune) Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
 Residenza: Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
 grado di parentela \_\_\_\_\_

## 12 - NOTIZIE SULL'ATTIVITA'

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

## 13 - OCCUPAZIONE

Maestranze Occupate	M	F	TOT.
Titolare o soci che partecipano all'attività			
Familiari collaboratori			
Impiegati			
Operai			
Apprendisti			
Contratti formazione lavoro			
Lavoratori a domicilio			
Collaboratori coordinati e continuativi			
TOTALE			

## 14 - ATTREZZATURE E MACCHINARI

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


## NOTE / DOCUMENTI ALLEGATI




## DICHIARAZIONE SULLE INCOMPATIBILITA'

*Il sottoscritto dichiara di*

- *non essere titolare di altra impresa individuale artigiana;*
- *non essere socio artigiano di società avente sede in questa o altra provincia.*

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**  
(non autenticata)

- N.B. a) Se l'impresa presenta il modello presso la C.P.A. l'imprenditore firma davanti all'addetto che ne accerta l'identità;  
b) Se presenta il modello al Comune, è sufficiente la semplice firma con allegata la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Cognome e nome _____ / _____	Firma (per esteso e leggibile)
Spazio per accertamento identità del firmatario	
n. documento riconoscimento _____	
rilasciato il _____ da _____	
Data _____	_____ (firma dell'impiegato addetto della C.P.A.)