

Numero
ALBO

MARCA
DA
BOLLO

Mod. ART/D
**MODIFICA E/O
CANCELLAZIONE SOCIETÀ**

REGIONE LAZIO
COMMISSIONE PROVINCIALE PER L'ARTIGIANATO DI ROMA
C/O C.C.I.A.A. - VIA OCEANO INDIANO 17, 00144 ROMA

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

TRAMITE IL COMUNE DI _____ O MUNICIPIO DI _____

N. e data di protocollo del Comune: _____

A/ ESTREMI DELL'ISCRIZIONE

Numero REA	Data di protocollo	Numero di protocollo

Il sottoscritto _____

(codice fiscale) _____ in qualità di legale rappresentante della società _____

_____ Presenta alla Commissione provinciale per l'Artigianato domanda di:

A) iscrizione delle modifiche indicate nei quadri compilati, **B)** cancellazione dell'impresa dall'Albo artigiani

1 / NUOVA DENOMINAZIONE O RAGIONE SOCIALE

2 / NUOVA FORMA GIURIDICA

L'impresa assume la seguente forma giuridica _____ del ___/___/___

3 / NUOVA SEDE DELL'IMPRESA

Dal ___/___/___ l'impresa ha aperto una nuova sede in:
 Comune _____ Frazione o Località _____
 Via, viale, piazza ecc. _____ Nr. Civico _____ Cap _____
 Telefono _____ Fax _____ Internet _____ e.mail _____

4 / NUOVA INSEGNA

Dal ___/___/___ è eliminata ogni insegna la nuova insegna è quella sotto indicata:

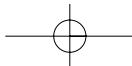
5 / VARIAZIONE DELL'ATTIVITÀ ESERCITATA DALL'IMPRESA

L'impresa ha iniziato dal ___/___/___ la seguente attività _____

 Avvertenza: in caso di ampliamento attività di impiantistica (legge 46/90), autoriparazione (legge 122/92), pulizia (legge 82/94) compilare anche gli intercalari Art. 46/90, Art. 122/92, Art. 82/94

6 / APERTURA/CHIUSURA UNITÀ LOCALI

Dal ___/___/___ l'impresa ha aperto/chiuso l'unità locale con sede in:
 Comune _____ Via, viale, piazza ecc. _____
 Nr. Civico _____ Cap _____ Telefono _____ Telefax _____
 Tipo dell'unità locale (negoziò, ufficio, laboratorio, ecc) _____
 Attività svolta _____



7 / NUOVA PARTITA IVA

Dal ___/___/___ la partita Iva è la seguente _____

8 / TITOLI ABILITATIVI RELATIVI ALLE ATTIVITÀ DELLA SEDE

ISCRIZIONI IN ALBI, RUOLI, ELENCHI, REGISTRI - QUALIFICAZIONI PROFESSIONALI

ENTE O AUTORITÀ	DENOMINAZIONE	DATA	NUMERO

LICENZE O AUTORIZZAZIONI

ENTE O AUTORITÀ	DENOMINAZIONE	DATA	NUMERO

9 / COMMERCIO AL DETTAGLIO IN SEDE FISSA

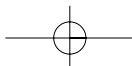
Dal ___/___/___ è iniziata l'attività commerciale in sede fissa nell'esercizio ubicato in _____
 il settore merceologico è: alimentare non alimentare alimentare / non alimentare

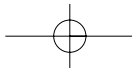
10 / VARIAZIONI SOCI O CONSORZIATI

COGNOME E NOME N.B. INDICARE SE TRATTASI DI SOCIO RAPPRESENTANTE	LUOGO E DATA DI NASCITA, RESIDENZA CODICE FISCALE

11 / DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITÀ DEI SOCI

1) Socio _____ mansioni svolte _____ dal ___/___/___
 2) Socio _____ mansioni svolte _____ dal ___/___/___
 3) Socio _____ mansioni svolte _____ dal ___/___/___
 4) Socio _____ mansioni svolte _____ dal ___/___/___
 5) Socio _____ mansioni svolte _____ dal ___/___/___
 6) Socio _____ mansioni svolte _____ dal ___/___/___





12 / ISTANZA DI CANCELLAZIONE DELL'IMPRESA

Data di cessazione dell'attività ___/___/___ Il motivo della richiesta di cancellazione è il seguente:

- Cessazione di ogni attività
- Cessazione dell'azienda
- Trasferimento di sede nella provincia di _____ Comune _____
- Altro _____

13 / DICHIARAZIONE DI FINE ATTIVITÀ

L'attività di _____ è cessata alla data del ___/___/___

14 / DICHIARAZIONE DI CHIUSURA DELLA PARTITA IVA

Dal ___/___/___ ha cessato la partita IVA n° _____ con data evento del ___/___/___
 Presso l'ufficio IVA _____ di Roma

15 / DICHIARAZIONE RELATIVA AI VERSAMENTI INPS

Socio..... dichiara di aver regolarmente versato i contributi INPS fino alla data del ___/___/___
 Socio..... dichiara di aver regolarmente versato i contributi INPS fino alla data del ___/___/___
 Socio..... dichiara di aver regolarmente versato i contributi INPS fino alla data del ___/___/___
 Socio..... dichiara di aver regolarmente versato i contributi INPS fino alla data del ___/___/___

16 / DICHIARAZIONE RELATIVA AI VERSAMENTI INAIL

Il sottoscritto dichiara di aver denunciato la cessazione dell'attività alla sede zonale INAIL competente con effetto dal ___/___/___ e di aver regolarmente versato i prescritti contributi fino alla data del ___/___/___

17 / DICHIARAZIONE DI RICONSEGNA DI AUTORIZZAZIONI

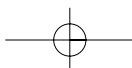
Dal ___/___/___ ha restituito l'Autorizzazione/Concessione, con data evento ___/___/___ presso il Comune/circonscrizione/
 Ente _____

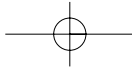
18 / DICHIARAZIONE DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO AUTOTRASPORTATORI

Dal ___/___/___ ha presentato domanda di cancellazione dall'Albo Autotrasportatori, presso la Motorizzazione civile di _____

19 / DICHIARAZIONE VARIE

Il sottoscritto, legale rappresentante, dichiara che, alla data della cessazione dell'attività non usufruiva di finanziamenti agevolati erogati dall'Artigiancassa, dalla Cassa Edili ed altri Enti preposti e che non ne ha usufruito successivamente.





Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità quanto riportato nei quadri n., nella consapevolezza che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000

(Luogo e Data di Presentazione)

Documento di riconoscimento _____ N. _____ (Firma)
Rilasciato in data ___/___/___ da _____

(L'impiegato addetto all'accettazione)

RISERVATO ALL'UFFICIO

ELENCO ALLEGATI

- Accertamento del Comune
- Attestato di idoneità tecnico-sanitaria
- Autorizzazione amministrativa
- Fotocopie fatture lavori eseguiti n. _____
- Fotocopia certificato attribuzione n. Partita IVA
- Copia Qualifica Barbieri, Parrucchieri ecc
- Requisiti professionali
- Altri _____
- Eventuali atti successivi _____

- Permesso di soggiorno
- N. 1 versamento di € _____ sul c/c 68583004 intestato alla C.C.I.A.A. di Roma
- N. 1 versamento di € _____ sul c/c 8003 intestato all'Uff. del Registro di Roma

DELIBERAZIONE DELLA COMMISSIONE PROV.LE DELL'ARTIGIANATO DEL ___/___/___

- ACCOLTA
- RESPINTA
- SOSPESA PERCHÈ _____

IL PRESIDENTE

.....

Iscritta a seguito di accoglimento del ricorso da parte della Commissione Regionale per l'Artigianato del Lazio nella seduta del ___/___/___

Seduta della C.P.A. del ___/___/___

IL PRESIDENTE

