

PRATICA COMUNICACompilare **tutti i campi** del presente modulo – Il modulo è **compilabile a video****DATI DELLO STUDIO**

Studio _____ Persona di riferimento: _____
Indirizzo _____
Città _____ Cap _____ Prov _____
Codice Fiscale _____ Partita Iva _____
Telefono _____ Fax _____
E-mail _____
Posta Elettronica Certificata _____

DATI RELATIVI ALLA PRATICA

CCIAA DI COMPETENZA: _____
Ragione sociale/Denominazione _____

Il deposito dovrà essere effettuato ai seguenti Enti:

☐ Registro Imprese ☐ Albo Artigiani ☐ Agenzia Entrate (IVA) ☐ INPS ☐ INAIL

COSTI: Servizio: _____ Bolli: _____ Diritti: _____ Diritti annuali: _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- il presente Modulo
- Le **Form** e tutta la documentazione, se prevista, relativa alla pratica
- la **Procura Comunica** firmata dal Legale Rappresentante/titolare
- il **Documento di Identità** del Legale Rappresentante/titolare (in alternativa alla procura ed al documento, potrete farci pervenire la Smart Card del Legale Rappresentante/titolare)
- Copia del **Bonifico Bancario**

PAGAMENTO**Bonifico Bancario anticipato**

Intestato a: **Setteetrenta & Dintorni Srl**
Dati bancari: Credito Valtellinese – Agenzia 4 – Milano
IBAN: IT55Y0521601633000000000667
Causale: **PRATICHE CCIAA (indicare il nome dello Studio)**
Per più pratiche è possibile fare un unico Bonifico Bancario

MODALITA' DI INVIO DELLA PRATICAvia fax al n. **02.89516459** oppure **02.335173153**.In alternativa inviare la scansione via mail a **info@modello730.it**

Data: _____

Firma e Timbro (Studio) _____

INIZIO ATTIVITA' IMPRENDITORE INDIVIDUALE GIÀ ISCRITTO AL REGISTRO IMPRESE

Compilare **tutti i campi** del presente modulo – Il modulo è **compilabile a video**

DATI RELATIVI ALLA PRATICA

Titolare _____

Codice Fiscale _____ n. REA _____

CCIAA di competenza _____

Data inizio attività _____ oppure ☐ Data di invio della pratica

ATTIVITA' PRIMARIA (inserire la descrizione dell'attività primaria esercitata, **non** inserire la descrizione dell'attività come risulta dal Codice ATECO dell'iva, ma quella **effettivamente esercitata e fatturata**).

ATTIVITA' SECONDARIA (inserire la descrizione dell'attività secondaria esercitata, **non** inserire la descrizione dell'attività come risulta dal Codice ATECO dell'iva, ma quella **effettivamente esercitata e fatturata**).

PRATICA INPS COMMERCianti (OBBLIGATORIO):

☐ **RICHIEDE L'ISCRIZIONE** in quanto svolge l'attività, con carattere di abitudine e prevalenza.

☐ **RICHIEDE di NON essere iscritto alla gestione INPS Commercianti per il seguente motivo:**

☐ E' ISCRITTO ALLA GESTIONE INPS ART/COM – MATRICOLA INPS N. _____

☐ PARTECIPAZIONE ESCLUSIVAMENTE TRAMITE CONFERIMENTO DI CAPITALE

☐ PER L'ATTIVITA' SVOLTA E' ISCRITTO AI FINI PENSIONISTICI ALL'ENTE CASSA DI :

_____ CODICE FISCALE: _____

☐ SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA DIPENDENTE A TEMPO PIENO PRESSO:

DENOMINAZIONE: _____ CODICE FISCALE: _____

CONTESTUALMENTE all'iscrizione all'INPS vengono iscritti anche i collaboratori familiari:

☐ NO

☐ SI (occorre compilare la scheda a pag. 3 per ogni collaboratore familiare)

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI VARIAZIONE DATI

Rispetto all'iscrizione dell'imprenditore individuale INATTIVO, **sono VARIATI** i seguenti dati:
(in questo caso saranno addebitati i diritti e bolli camerali)

☐ **Residenza anagrafica:**

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Indirizzo _____

Frazione o Località _____

Presso altre indicazioni _____

☐ **Sede dell'Impresa:**

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Indirizzo _____

Frazione o Località _____

Presso altre indicazioni _____

Posta Elettronica Certificata _____

☐ **Posta Elettronica Certificata** _____

☐ **Denominazione** _____

☐ **Insegna** della Sede _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Ai fini del Registro Imprese è necessario, per alcune tipologie di attività (esempio commercio), allegare le Autorizzazioni Comunali, Prefettizie/etc.

Per maggiori informazioni potete consultare il nostro sito, il sito della CCIAA di competenza, o contattarci telefonicamente o a mezzo e-mail.

SCHEDA COLLABORATORI ISCRIZIONE INPS ASSICURAZIONE PREVIDENZIALE COMMERCIO

Occorre compilare per TUTTI i COLLABORATORI la Scheda

DATI RELATIVI AL COLLABORATORE FAMILIARE

Dati anagrafici:

Codice Fiscale _____

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Stato _____

Comune (anche se estero) _____ Provincia _____

Sesso ☐ M ☐ F Cittadinanza _____

Grado di Parentela _____

Residenza anagrafica:

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Indirizzo _____

Frazione o Località _____

Presso altre indicazioni _____

Qualifica di preposto: ☐ SI ☐ NO