



ESERCENTI ATTIVITA' COMMERCIALI

COD. SC02  
Mod. ARCO 2 (Società)

# 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

in qualità di socio della Società sottoindicata, CHIEDE l'iscrizione alla gestione Commercianti.

Denominazione o ragione sociale:

\_\_\_\_\_

forma giuridica

\_\_\_\_\_

L'ATTIVITA' VIENE ESERCITATA NEL COMUNE  
DI

INIZIO ATTIVITA'  
DAL

NUMERO DIPENDENTI

NUMERO COLLABORATORI

ATTIVITA' ESERCITATA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estremi atto costitutivo e iscrizione Registro Imprese

DATA ATTO	DATA ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE	TRIBUNALE DI
-----------	----------------------------------	--------------

Estremi atto costitutivo e registrazioni (per Società di Fatto)

DATA ATTO	DATA REGISTRAZIONE	UFFICIO REGISTRO DI	N. REGISTRAZIONE
-----------	--------------------	---------------------	------------------

Sede dell'impresa

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

Residenza anagrafica del titolare:

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

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

STUDIO 74 - Tel. 0445 540523 Fax 0445 540523 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 SOLI COLLABORATORI INDICARE IL CODICE IMPRESA:

La società è composta dai soci sottoelencati:

Cognome	Nome	Qualifica
1) _____		
2) _____		
3) _____		
4) _____		
5) _____		

per iscrizione TITOLARE	DOCUMENTI DA ALLEGARE - Attestato di iscrizione al Reg. Ditte - Anagrafe C.C.I.A.A - Atto di costituzione dell'impresa - Stato di famiglia
per iscrizione COLLABORATORI	- Stato di famiglia - Atto impresa familiare o Atto Notorio
- Altri documenti _____	

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- che la Società è organizzata prevalentemente con il lavoro dei soci e dei componenti la famiglia;
- di essere illimitatamente responsabile delle obbligazioni della Società;
- di svolgere la propria attività con carattere di abitualità e prevalenza;
- che i propri 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 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
ACQUISTO IL _____ N° _____ FIRMA _____		DATA NASCITA	M/F	PROV.	INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS

STUDIO 74 - Tel. 0445 540523 Fax 0445 540523 - 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
ACQUISTO IL _____ N° _____ FIRMA _____		DATA NASCITA	M/F	PROV.	INIZIO ATTIVITA'	INIZIO IVS