

PRATICA COMUNICA

Compilare **tutti i campi** del presente modulo

DATI DELLO STUDIO o AZIENDA

Studio/Azienda _____ 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

Intestato a: **M&G Services Srl**

Dati bancari: BANCA MONTE DEI PASCHI I DI SIENA SPA

IBAN: IT33D0103014700000004086094

Causale: **PRATICHE CCIAA (indicare il nome dello Studio o Azienda)**

Per più pratiche è possibile fare un unico Bonifico Bancario

Bonifico Bancario anticipato

MODALITA' DI INVIO DELLA PRATICA

via fax al n. 0773.1870334

In alternativa inviare la scansione **via mail a info@mgtelem.it**

Data: _____ Firma e Timbro _____

CANCELLAZIONE IMPRENDITORE INDIVIDUALE REGISTRO IMPRESE

Compilare **tutti i campi** del presente modulo

DATI RELATIVI ALLA PRATICA

Denominazione _____

Codice Fiscale _____ n. REA _____

CCIAA di competenza _____

Titolare _____

Data della Cancellazione: _____

Motivo della Cancellazione:

- ☐ Cessazione di ogni attività
- ☐ Cessione azienda (compilare riquadro sottostante)
- ☐ Chiusura per fallimento o liquidazione
- ☐ Decesso del titolare
- ☐ Locazione azienda
- ☐ Altre cause

In caso di **cessione dell'impresa** compilare i seguenti dati:

Soggetto subentrante

Denominazione _____ CCIAA di _____

Codice Fiscale _____ n. REA _____

Titolo del subentro:

- | | |
|--|---|
| ☐ ACQUISTO | ☐ FUSIONE |
| ☐ AFFITTO | ☐ REGOLARIZZAZIONE |
| ☐ COMODATO | ☐ RESCISSIONE CONTRATTO |
| ☐ CONFERIMENTO | ☐ RISOLUZIONE CONTRATTO |
| ☐ DONAZIONE | ☐ SCISSIONE |
| ☐ FINE CONTRATTO AFFITTO | ☐ SUCCESSIONE EREDITARIA |
| ☐ FINE CONTRATTO COMODATO | |

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

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

**SCHEDA DI MODIFICA INPS
ASSICURAZIONE PREVIDENZIALE COMMERCIO
IMPRENDITORE INDIVIDUALE**

DATI RELATIVI AL TITOLARE

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

IN QUALITA' DI TITOLARE della società : _____

NUMERO AZIENDA INPS: _____

DATA DELLA MODIFICA: _____

MODIFICA RELATIVA A:

☐ **CANCELLAZIONE** TITOLARE DALLA GESTIONE INPS COMMERCianti

Dichiara di NON essere tenuto alle Gestione speciale INPS degli esercenti attività commerciali in quanto, e seguito delle cancellazione del Registro imprese e delle variazione delle attività, non svolge più alcuna attività in qualità di titolare di imprese esercenti attività del settore terziario, commercio e turismo.

☐ **VARIAZIONE** SEDE/RESIDENZA TITOLARE

☐ **VARIAZIONE** DATI ANAGRAFICI TITOLARE

☐ ISCRIZIONE/MODIFICA/CANCELLAZIONE DEI **COLLABORATORI FAMILIARI** (COMPILARE PAG. 2):

SCHEDA COLLABORATORI
Occorre compilare per TUTTI i COLLABORATORI la Scheda

DATI RELATIVI AL SOGGETTO

☐ ISCRIZIONE ☐ MODIFICA ☐ CANCELLAZIONE

Dati anagrafici:

Codice Fiscale _____

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Stato _____

Comune (anche se estero) _____ Provincia _____

Sesso ☐ M ☐ F Cittadinanza _____

Parentela _____

Residenza anagrafica:

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Indirizzo _____

Frazione o Località _____

Presso altre indicazioni _____

Qualifica di preposto: ☐ SI ☐ NO