



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 _____

M&G Services Srl

Via Ufente 20, 04100 Latina (LT) Tel.0773/631955 Fax.0773/1870334 e-mail: info@mgtelem.it

INIZIO ATTIVITA' IMPRENDITORE INDIVIDUALE GIÀ ISCRITTO AL REGISTRO IMPRESE

Compilare **tutti i campi** del presente modulo

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.

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