



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' PRESSO LA SEDE LEGALE

Società di Capitali

Compilare **tutti i campi** del presente modulo

DATI RELATIVI ALLA PRATICA

Ragione sociale _____

Codice Fiscale _____ n. REA _____

CCIAA di competenza _____

Legale Rappresentante _____

Data di inizio attività _____ oppure ☐ Data di invio della pratica

ATTIVITA' PRIMARIA

(inserire la descrizione dell'attività primaria esercitata, **non** trascrivere l'attività prevista dallo **Statuto**, **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** trascrivere l'attività prevista dallo Statuto, **non** inserire la descrizione dell'attività come risulta dal Codice ISTAT dell'iva, ma quella **effettivamente esercitata e fatturata**).

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Ai fini della Camera di Commercio è necessario, per alcune tipologie di attività (esempio commercio), allegare le Autorizzazioni Comunali, Prefetture/etc.

PRATICA INPS COMMERCianti (OBBLIGATORIO PER TUTTI I SOCI PRESENTI IN VISURA)

Numero soci: _____

SOCIO 1

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

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

☐ **RICHIEDE di NON essere iscritto alla gestione INPS Commerciali 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: _____

SOCIO 2

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

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

☐ **RICHIEDE di NON essere iscritto alla gestione INPS Commerciali 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: _____

SOCIO 3

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

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

☐ **RICHIEDE di NON essere iscritto alla gestione INPS Commerciali 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: _____