



## DOMANDA DI ISCRIZIONE PER L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA INVALIDITA' - VECCHIAIA - SUPERSTITI

ALL' ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE  
SPORTELLO POLIFUNZIONALE

SEDE DI .....

TIMBRO A DATA

### Il sottoscritto

|                |                                  |                |             |
|----------------|----------------------------------|----------------|-------------|
|                |                                  |                |             |
| COGNOME E NOME |                                  | CODICE FISCALE |             |
| DATA 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 | TELEFAX  |

Residenza anagrafica del titolare:

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

**Familiari collaboratori che lavorano abitualmente e prevalentemente nell'impresa senza essere lavoratori subordinati o apprendisti:**

|                           |                |      |           |
|---------------------------|----------------|------|-----------|
| COGNOME                   |                | NOME |           |
| DATA NASCITA              | COMUNE NASCITA |      | PROVINCIA |
| CODICE FISCALE            |                |      |           |
| VIA                       |                |      | N. CIV.   |
| CAP                       | COMUNE         |      | PROVINCIA |
| INIZIO COLLABORAZIONE DAL |                |      |           |

|                           |                |      |           |
|---------------------------|----------------|------|-----------|
| COGNOME                   |                | NOME |           |
| DATA NASCITA              | COMUNE NASCITA |      | PROVINCIA |
| CODICE FISCALE            |                |      |           |
| VIA                       |                |      | N. CIV.   |
| CAP                       | COMUNE         |      | PROVINCIA |
| INIZIO COLLABORAZIONE DAL |                |      |           |

|                           |                |      |           |
|---------------------------|----------------|------|-----------|
| COGNOME                   |                | NOME |           |
| DATA NASCITA              | COMUNE 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) ..... |      |           |

|                              |  |
|------------------------------|--|
|                              | <b>DOCUMENTI DA ALLEGARE</b>   |
| per iscrizione TITOLARE      | – Attestato di iscrizione al Reg. Ditte - Anagrafe C.C.I.A.A<br>– Atto di costituzione dell'impresa<br>– Stato di famiglia |
| per iscrizione COLLABORATORI | – Stato di famiglia<br>– 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 alle disposizioni 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

| GESTIONE COMMERCianti                   |            | ISCRIZIONI 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   |            |
|   |            |                      |        |          |                  |            |
|   |            |                      |        |          | INIZIO ATTIVITA' | INIZIO IVS |
|   |            |                      |        |          |                  |            |
| COLLABORATORE : COGNOME NOME            |            | DATA NASCITA         | M/F    | PROV.    | COMUNE NASCITA   |            |
|   |            |                      |        |          |                  |            |
|   |            |                      |        |          | INIZIO ATTIVITA' | INIZIO IVS |
|   |            |                      |        |          |                  |            |
| COLLABORATORE : COGNOME NOME            |            | DATA NASCITA         | M/F    | PROV.    | COMUNE NASCITA   |            |
|   |            |                      |        |          |                  |            |
|   |            |                      |        |          | INIZIO ATTIVITA' | INIZIO IVS |
|   |            |                      |        |          |                  |            |
| ACQUISITO IL ..... N° ..... FIRMA ..... |            |                      |        |          |                  |            |

| GESTIONE COMMERCianti                   |      | ISCRIZIONE COLLABORATORE |      |          | COD. OP. 2       |            |
|---|------|--------------------------|------|----------|------------------|------------|
|   | RIS. | COMP.                    | COM. | DOM.ACC. | TIPO             |            |
| TITOLARE : COGNOME NOME                 |      | DATA NASCITA             | M/F  | PROV.    | COMUNE NASCITA   |            |
|   |      |                          |      |          |                  |            |
|   |      |                          |      |          | INIZIO ATTIVITA' | INIZIO IVS |
|   |      |                          |      |          |                  |            |
| COLLABORATORE : COGNOME NOME            |      | DATA NASCITA             | M/F  | PROV.    | COMUNE NASCITA   |            |
|   |      |                          |      |          |                  |            |
|   |      |                          |      |          | INIZIO ATTIVITA' | INIZIO IVS |
|   |      |                          |      |          |                  |            |
| COLLABORATORE : COGNOME NOME            |      | DATA NASCITA             | M/F  | PROV.    | COMUNE NASCITA   |            |
|   |      |                          |      |          |                  |            |
|   |      |                          |      |          | INIZIO ATTIVITA' | INIZIO IVS |
|   |      |                          |      |          |                  |            |
| ACQUISITO IL ..... N° ..... FIRMA ..... |      |                          |      |          |                  |            |