



**CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO E AGRICOLTURA
PISTOIA**

COMMISSIONE PROVINCIALE PER L' ARTIGIANATO

Il sottoscritto _____

nella qualità di: TITOLARE SOCIO

dell'impresa _____

con sede in _____ via _____

_____ n° _____ Cap. _____ iscritta nell'Albo delle

Imprese Artigiane al n. _____ REA n. _____ Cod. Fiscale _____

assistito da _____ Telefono _____

fax _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

D O M A N D A

la cancellazione dall'ALBO IMPRESE ARTIGIANE per il motivo sottoindicato (barrare la casella che interessa):

Cessazione dell'attività in data _____

Decesso del titolare in data _____

Trasferimento della sede operativa nella Circonscrizione territoriale della Commissione Provinciale per l' Artigianato di _____ in data _____

Superamento del numero di addetti ai sensi dell'art. 4 della Legge 443/85 in data _____

Mancanza della partecipazione anche manuale del titolare all'attività dell'impresa dalla data _____

Esercizio prevalente di attività non artigianale dalla data _____

Attività dell'imprenditore esercitata in prevalenza non all'interno dell'impresa dalla data _____

Mancanza di partecipazione manuale della maggioranza dei soci in quanto _____
_____ in data _____

Trasformazione della società in data _____ in:

S.r.l. S.p.A. S.A.P.A. Altro (specificare) _____

Altri motivi: _____
dal _____;

DOMANDA

inoltre la cancellazione dagli elenchi degli Artigiani soggetti ad assicurazione obbligatoria ai sensi della L. 4/7/59 n. 463 per tutti gli iscritti in capo alla presente impresa.

DICHIARA

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La presente domanda viene sottoscritta dal/i richiedente/i e dai soci partecipanti all'attività dell'impresa soggetti ad assicurazione obbligatoria ai sensi della Legge 04/07/1959 n. 463.

Sottoscrizione ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

COGNOME E NOME	FIRMA	DATA

Allega copia dei/l domento/i di identità

Il richiedente ha firmato in presenza dell'impiegato addetto:

Tipo di documento _____ numero _____

rilasciato da _____ il _____

Timbro e firma dell'impiegato addetto