

**REGIONE CAMPANIA**

COMMISSIONE PROVINCIALE PER L'ARTIGIANATO  
(PRESSO CCIAA) di

**INCLUSIONE e CANCELLAZIONE  
FAMILIARI COLLABORATORI  
di TITOLARI / SOCI di IMPRESE  
ARTIGIANE GIA' ISCRITTE**

## ALL'ALBO PROVINCIALE DELLE IMPRESE ARTIGIANE

### ESTREMI ISCRIZIONE (riservata alla Segreteria della Commissione)

|  |   |  |
|--|---|--|
| N° ALBO _____<br>Delibera del ____ / ____ / ____ | ANNOTATA NEL R.I. N° _____<br>Data ____ / ____ / ____ | PROTOCOLLO N° _____<br>Data ____ / ____ / ____ |
|--|---|--|

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di  
 titolare  amministratore della società \_\_\_\_\_ con sede nel Comune  
di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
iscritta all'Albo Imprese Artigiane al N° \_\_\_\_\_ ed al Registro Imprese al N° REA \_\_\_\_\_

## CHIEDE

AI SENSI DELLA LEGGE 4 LUGLIO 1959 N. 463 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI

### 1 - L'ISCRIZIONE

|   |  |
|---|--|
| dei seguenti nominativi negli elenchi degli assicurati I.V.S. a far data dal _____ perchè partecipano con carattere di abitudine e prevalenza all'attività di _____ |  |
| Cognome _____   | Nome _____   |
| grado di parentela _____  | C.F. _____   |
| Data di nascita ____ / ____ / ____  | Luogo di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Residenza: Prov. _____  | Comune _____   |
| Via _____   | C.A.P. _____   |
| Cognome _____   | Nome _____   |
| grado di parentela _____  | C.F. _____   |
| Data di nascita ____ / ____ / ____  | Luogo di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Residenza: Prov. _____  | Comune _____   |
| Via _____   | C.A.P. _____   |
| Cognome _____   | Nome _____   |
| grado di parentela _____  | C.F. _____   |
| Data di nascita ____ / ____ / ____  | Luogo di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Residenza: Prov. _____  | Comune _____   |
| Via _____   | C.A.P. _____   |



## 2 - LA CANCELLAZIONE

|   |  |
|---|--|
| dei seguenti nominativi dagli elenchi degli assicurati I.V.S. a far data dal _____ per il seguente motivo |  |
| Cognome _____   | Nome _____   |
| grado di parentela _____  | C.F. _____   |
| Data di nascita ____/____/____  | Luogo di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Residenza: Prov. _____  | Comune _____   |
| Via _____   | C.A.P. _____   |
| Cognome _____   | Nome _____   |
| grado di parentela _____  | C.F. _____   |
| Data di nascita ____/____/____  | Luogo di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Residenza: Prov. _____  | Comune _____   |
| Via _____   | C.A.P. _____   |
| Cognome _____   | Nome _____   |
| grado di parentela _____  | C.F. _____   |
| Data di nascita ____/____/____  | Luogo di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Residenza: Prov. _____  | Comune _____   |
| Via _____   | C.A.P. _____   |

### FIRMA DEL RICHIEDENTE (non autenticata)

- N.B. a) Se l'impresa presenta il modello presso la C.P.A. l'imprenditore firma davanti all'addetto che ne accerta l'identità;  
b) Se presenta il modello al Comune, è sufficiente la semplice firma con allegata la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

|  |   |
|--|---|
| Cognome e Nome<br>_____/_____                    | Firma (per esteso e leggibile)<br>_____           |
| Spazio per accertamento identità del firmatario. |   |
| n. documento riconoscimento _____                |   |
| rilasciato il _____ da _____                     |   |
| Data _____                                       | _____ (firma dell'impiegato addetto della C.P.A.) |