



## QUESTIONARIO AZIENDE

Ragione sociale<sup>1</sup>: .....

Insegna<sup>2</sup>: .....

Data inizio attività: .....

Arrivo per: inizio attività  trasferimento di attività  proveniente da .....

Iscrizione al Registro di Commercio: SI  NO  se si, data iscrizione .....

Scopo/Ramo professionale .....

INDIRIZZO Via ..... No. ....

Piano/No. locali/No. app. .... / ..... / ..... Presso .....

Telefono ..... Fax ..... Cellulare .....

e-mail .....

Sede principale del commercio o dell'azienda .....

Indirizzo esatto .....

### Numeri di telefono per casi urgenti fuori orario

1. Cognome Nome ..... No. Tel .....

2. Cognome Nome ..... No. Tel .....

### Titolare/i:

Cognome Nome ..... 2° .....

Data di nascita ..... 2° .....

Indirizzo esatto ..... 2° .....

Nap e luogo ..... 2° .....

Proprietario dello stabile .....

Indirizzo esatto .....

Siete già affiliati ad una cassa di compensazione AVS/AI/IPG? .....

Se sì quale? .....

Occupate salariati? SI  NO  Se SI quanti .....

Il sottoscritto dichiara che i dati sopra elencati corrispondono alla realtà.

Luogo e data ..... Firma/Timbro .....

### CONTROLLO INTERNO (lasciare in bianco)

Nuovo SI  NO  Se NO nome precedente .....

Data cessazione .....

Cambio indirizzo .....

Firma .....

<sup>1</sup> Denominazione ufficiale del commercio

<sup>2</sup> Nome del negozio