



## DOMANDA DI INDENNIZZO PER LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ COMMERCIALE

(Ai sensi del 1° comma dell' articolo 19-ter legge n. 2 del 2009 come modificato da articolo 1, comma 490, legge n. 147 del 2013)

ALL'UFFICIO INPS DI

Il/La sottoscritto/a

NOME   COGNOME

CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA

A   PROV.   STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN   PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

DOMICILIO FISCALE

TELEFONO\*   CELLULARE\*

INDIRIZZO E-MAIL\*

**esercente, in qualità di:**

- titolare
- coadiutore di \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- attività commerciale al minuto dei seguenti prodotti \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

- ABBINATA  NON ABBINATA ad attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande

- attività commerciale al minuto dei seguenti prodotti \_\_\_\_\_
  - su area pubblica sita nei Comuni di \_\_\_\_\_
  - in forma itinerante nei territori delle Regioni \_\_\_\_\_
  - attività di agente o rappresentante di commercio \_\_\_\_\_
  - attività di somministrazione al pubblico di alimenti e bevande \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

a norma del 1° comma dell'articolo 19 ter della legge n. 2 del 2009 come modificato dall' articolo 1, comma 490, lett. a) della legge 27 dicembre 2013, n. 147 - c.d. Legge di stabilità 2014 - l'erogazione dell'indennizzo previsto dal decreto legislativo 28 marzo 1996, n. 207, per la cessazione dell'attività commerciale.

\* Dati facoltativi



## DOMANDA DI INDENNIZZO PER LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ COMMERCIALE

(Ai sensi del 1° comma dell' articolo 19-ter legge n. 2 del 2009 come modificato da articolo 1, comma 490, legge n. 147 del 2013)

Il sottoscritto DICHIARA che:

- l'attività commerciale è cessata definitivamente il \_\_\_\_\_ ;
- l'autorizzazione per l'esercizio dell'attività commerciale e per la somministrazione al pubblico di alimenti e bevande è stata riconsegnata al Comune di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(*indicare gli estremi identificativi della ricevuta rilasciata dal Comune attestante l'avvenuta riconsegna e la relativa data \_\_\_\_\_*);
- la comunicazione di cessazione dell'attività è stata inviata al Comune di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- il titolare dell'attività è stato cancellato dal registro degli esercenti il commercio presso la Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- il titolare è stato cancellato dal repertorio delle notizie economiche e amministrative (REA) previsto dall'articolo 8 della legge 29 dicembre 1993, n. 580, e dall'articolo 9 del decreto del Presidente della Repubblica 7 dicembre 1995, n. 581.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di **NON SVOLGERE** nessuna attività di lavoro autonomo o subordinato.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare, entro 30 giorni dal suo verificarsi, la ripresa di una attività lavorativa, dipendente o autonoma.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione di fatti influenti sul diritto all'indennizzo comporta, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme riscosse indebitamente.

Dichiara che le notizie sopra fornite ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. rispondono a verità ed è consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false e mendaci (artt. 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATI n. \_\_\_\_\_

Alla domanda di indennizzo deve essere allegata:

- 1) Dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (articolo 46 DPR 28 dicembre 2000, n. 445);
- 2) eventuale mandato di patrocinio, se la domanda è presentata tramite patronato.

**DETRAZIONI D'IMPOSTA PER L'ANNO 2014****DICHIARAZIONE CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE DETRAZIONI D'IMPOSTA PREVISTE  
DALL'ARTICOLO 15 DEL D.P.R. 29 SETTEMBRE 1973, N. 597 E DEL DECRETO LEGISLATIVO  
17 NOVEMBRE 1997, N. 446**ALL'UFFICIO INPS DI **Il sottoscritto**

NOME  COGNOME   
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA   
 A  PROV.  STATO   
 CITTADINANZA   
 RESIDENTE IN  PROV.  STATO   
 INDIRIZZO  CAP   
 DOMICILIO FISCALE   
 TELEFONO\*  CELLULARE\*   
 INDIRIZZO E-MAIL\*

**● Titolare della/e pensione/i**

- n. \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_
- n. \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_
- n. \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_

**● DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI AVERE DIRITTO ALLA DETRAZIONE DI IMPOSTA***(compilare, con SI o NO, TUTTE LE CASELLE e, in caso affermativo fornire le ulteriori informazioni richieste)*

- SI  NO Per redditi di lavoro dipendente o pensione
- SI  NO Per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato
- SI  NO Per il primo figlio in assenza del coniuge
- SI  NO Per n. \_\_\_\_\_ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati spettante in misura del 50%, di cui n. \_\_\_\_\_ figli di età inferiore ai tre anni
- SI  NO Per n. \_\_\_\_\_ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati spettante in misura intera, di cui n. \_\_\_\_\_ figli di età inferiore ai tre anni
- SI  NO Per n. \_\_\_\_\_ altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria

Ulteriore detrazione prevista per i pensionati se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto trattamenti pensionistici, il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze e redditi di terreni per un importo non superiore a lire 360.000 annue.



## DETRAZIONI D'IMPOSTA PER L'ANNO 2014

DICHIARAZIONE CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE DETRAZIONI D'IMPOSTA PREVISTE  
DALL'ARTICOLO 15 DEL D.P.R. 29 SETTEMBRE 1973, N. 597 E DEL DECRETO LEGISLATIVO  
17 NOVEMBRE 1997, N. 446

### ● Dati del coniuge

Nel caso in cui sia fiscalmente a carico, indicare i seguenti dati

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
DATA MATRIMONIO	<input type="text"/>		

Il sottoscritto **si impegna** a comunicare entro 30 giorni all'INPS ogni variazione che dovesse comportare la perdita del diritto alle detrazioni richieste.

Dichiaro che le notizie da me sopra fornite ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false e mendaci (artt. 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### AVVERTENZE

Le detrazioni per i familiari a carico spettano a condizione che le persone alle quali si riferiscono possiedano un reddito complessivo, al lordo degli oneri deducibili, non superiore al limite annualmente stabilito.

**LA DICHIARAZIONE HA EFFETTO PER TUTTE LE PENSIONI INTESTATE AL RICHIEDENTE.**

## Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")**

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto.

Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.