

## QUESTIONARIO

### GENERALITA'

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENZA: CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

### UBICAZIONE DELLO STUDIO

INTESTAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

TELEFONI \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

### INDIRIZZO DOVE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:

INTESTAZIONE \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

### TITOLO DI STUDIO

DIPLOMA \_\_\_\_\_ CONSEGUITO NELL'ANNO \_\_\_\_\_

LAUREA \_\_\_\_\_ CONSEGUITA NELL'ANNO \_\_\_\_\_

MASTER SVOLTI \_\_\_\_\_ NELL'ANNO \_\_\_\_\_

CORSI SPECIALIZZAZIONE SVOLTI \_\_\_\_\_ NELL'ANNO \_\_\_\_\_

### MODALITA' DI SVOLGIMENTO ATTIVITA'

PROFESSIONALE  INDIVIDUALE  ASSOCIATO  COD. ATECO \_\_\_\_\_

D'IMPRESA  | INDIVIDUALE COD. ATECO \_\_\_\_\_

| SOCIETA' RAG. SOC. \_\_\_\_\_ COD. ATECO \_\_\_\_\_

NON ESERCITANTE LA PROFESSIONE | DIPENDENTE

| COLLABORATORE

### INDICARE STUDIO O SOCIETA' PRESSO CUI LAVORA (solo se lavoratore dipendente):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

**POLIZZA R.C. PROFESSIONALE (obbligatoria per i Soci Ordinari)**

COMPAGNIA \_\_\_\_\_ MASSIMALE \_\_\_\_\_

STIPULATA IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ N° POLIZZA \_\_\_\_\_

ULTIMA QUIETANZA PAGATA IL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (si allega Copia)

**COPERTURA PREVIDENZIALE**

HA UNA COPERTURA PREVIDENZIALE?  
SE SI, INDICARE QUALE.

SI

NO

- GEST. SEPARATA INPS       DIPENDENTE O PENS.       CASSA DI PREVIDENZA  
 INPS GEST. COMMERC.       INPS PENS. ARTIGIANI       ALTRO \_\_\_\_\_

**ISCRIZIONI VARIE**

- REVISORI LEGALI       RAGIONIERI E/O DOTTORI COMMERCIALISTI  
 CONSULENTI LAVORO       AVVOCATI       ALTRO \_\_\_\_\_

RUOLO PRESSO LA C.C.I.A.A. DI \_\_\_\_\_

TIPO DI RUOLO \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

CTU AL N° \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

- CERTIFICAZIONE UNI 11511       ATTESTATO DI QUALITA' ANCOT (BOLLINO BLU)  
 CURATORE FALLIMENTARE       MEDIATORE CREDITIZIO  
 PROFESSIONISTA SINGOLO (QUADRO E) O       SOCIETA' (QUADRO H, G, F)  
 INSERITO NELL'ELENCO NAZIONALE DEI  
PROFESSIONISTI LEGITTIMATI A RILASCIARE  
IL VISTO DI CONFORMITA'

**ABILITATO ENTRATEL**       SI PERSONALMENTE       NO  
 SI TRAMITE SOCIETA' DI SERVIZI \_\_\_\_\_  
(indicare chi invia)

**ABILITATO INPS**       SI PERSONALMENTE       NO  
 SI TRAMITE SOCIETA' DI SERVIZI \_\_\_\_\_  
(indicare chi invia)

**ABILITATO INAIL**       SI PERSONALMENTE       NO  
 SI TRAMITE SOCIETA' DI SERVIZI \_\_\_\_\_  
(indicare chi invia)

CAF CON IL QUALE COLLABORO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_