



In caso di mancata consegna restituire a:

SEDE DI  
Via  
00

**Raccomandata A.R.**

Codice Azienda:

Codice Fiscale:

Al Sig. \_\_\_\_\_  
Via  
00

Oggetto: Esercenti attività commerciali in qualità di soci. Iscrizione Inps e modalità operative per il versamento dei contributi previdenziali

Gentile signore <nome e cognome>,

la Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di <città> ha comunicato che la società <ragione sociale> di cui Lei è socio, ha intrapreso un'attività imprenditoriale nel settore commercio/turismo/terziario, con iscrizione al Registro delle imprese al n. \_\_\_\_\_ ed inizio attività dal \_\_\_\_\_

Per quanto precede, nell'evidenziare che l'iscrizione alla Gestione previdenziale degli esercenti attività commerciali è obbligatoria per i soci che partecipano all'attività della società con carattere di abitualità e prevalenza e per gli eventuali coadiutori familiari, si trasmette il modello di comunicazione che dovrà essere integralmente compilato e restituito all'Agenzia INPS indicata in epigrafe ai fini dell'accertamento dell'obbligo assicurativo, entro trenta giorni dalla ricezione della presente nota.

Lei avrà modo di reperire alcune utili indicazioni in merito ai suoi rapporti con l'Inps nelle pagine che seguono.

In particolare, La invito a porre attenzione oltre ai termini per l'iscrizione, alle date di versamento dei contributi, poiché effettuare in ritardo tali operazioni comporta l'applicazione di somme aggiuntive, calcolate in funzione del ritardo.

Con l'occasione, Le ricordo che l'Istituto è a Sua disposizione attraverso le sedi sul territorio, il Call Center al numero telefonico 16464 ed il sito Internet [www.inps.it](http://www.inps.it).

Cordiali saluti,

Il Direttore  
<nome e cognome>

In allegato:

Dichiarazione da restituire all'agenzia Inps di <nome agenzia >

Nota informativa Inps per gli esercenti attività commerciali

Riferimento normativo:

<sup>1</sup> L'**art. 44 legge 326/2003** prevede che a decorrere dal 1° gennaio 2004 le domande di iscrizione alle Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura delle imprese artigiane e di quelle esercenti attività commerciali hanno effetto anche ai fini dell'iscrizione agli Enti previdenziali e del pagamento dei contributi e premi agli stessi dovuti. A tal fine le Camere di commercio, industria artigianato e agricoltura trasmettono agli Enti previdenziali le nuove iscrizioni, le cancellazioni e le variazioni relative ai soggetti tenuti all'obbligo contributivo. Entro 30 giorni dalla data della trasmissione, gli Enti previdenziali notificano agli interessati l'avvenuta iscrizione e richiedono il pagamento dei contributi dovuti o notificano agli interessati le cancellazioni e le variazioni intervenute. A partire dal 1° gennaio 2004 i soggetti interessati dal presente comma sono esonerati dall'obbligo di presentare apposita richiesta di iscrizione agli Enti previdenziali.

## **NOTA INFORMATIVA: L'INPS E I COMMERCianti**

### **DIRITTI**

Il commerciante ed i suoi familiari conseguono il diritto alla pensione ed alle prestazioni a sostegno del reddito:

- Pensione di vecchiaia
- Pensione di anzianità
- Pensione di inabilità
- Pensione ai superstiti
- Assegno di invalidità
- Tutela maternità

### **CONTRIBUTI DA VERSARE**

#### **SOGGETTI INTERESSATI**

- Titolari, Soci
- parenti ed affini entro il terzo grado che collaborino in maniera abituale e prevalente nell'attività dell'impresa.

#### **QUANTO**

Quattro rate di importo fisso predeterminato, che Le garantiranno un reddito minimo ai fini del calcolo della pensione, anche nell'ipotesi in cui il Suo reddito effettivo risultasse inferiore o negativo.

Ulteriori due rate di importo variabile, nell'ipotesi che i redditi d'impresa denunciati ai fini dell'IRPEF risultino superiori al reddito minimo. L'importo delle rate è calcolato sulla base dei redditi denunciati.

#### **QUANDO**

Il versamento delle rate di importo fisso va effettuato entro le date seguenti:

16 maggio - 16 agosto - 16 novembre - 16 febbraio

Il versamento delle rate variabili va effettuato entro le date seguenti:

20 giugno: 1° acconto calcolato sui redditi dell'anno precedente

30 novembre: 2° acconto calcolato sui redditi dell'anno precedente

20 giugno dell'anno successivo: conguaglio

## COME E DOVE

Con i modelli F24, presso tutti gli sportelli bancari e postali.

## COME CONTATTARE L'INPS

**Call Center Inps al numero 16464:** gli operatori sono a sua disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00. Il servizio costa 16 centesimi di euro IVA compresa solo ad informazione raggiunta.

**Sito Internet:** collegandosi all'indirizzo [www.inps.it](http://www.inps.it).

**Agenzie Inps** presenti sul territorio.

Tramite il sito Internet ed il Call Center è possibile richiedere il **PIN** (codice segreto di identificazione personale) che consente di accedere ai servizi disponibili tramite Internet, quali l'estratto dei contributi versati, l'eventuale situazione debitoria, i dati per il versamento dei contributi

DICHIARAZIONI CONCERNENTI L'OBBLIGO D'ISCRIZIONE DEI SOCI DI S.N.C., S.R.L., S.A.S. E SOCIETÀ  
SEMPLICI ALLA GESTIONE SPECIALE I.N.P.S. DEGLI ESERCENTI ATTIVITÀ COMMERCIALI

Codice REA XXXXXXXXXX  
Codice Fiscale: AAABBB00A00A000  
Codice Rif.to XXXXXXXXXX

   L    sottoscritt \_\_\_\_\_, nat il \_\_\_\_\_  
cod.fis \_\_\_\_\_ in qualità di socio della \_\_\_\_\_  
dichiara

- di essere tenut\_\_ all'iscrizione nella Gestione previdenziale degli esercenti attività commerciali in quanto partecipa direttamente al lavoro aziendale con carattere di abitudine e prevalenza
- di essere coadiuvat\_\_ nel lavoro aziendale, con carattere di abitudine e prevalenza, dai parenti ed affini di seguito elencati:

Cognome/Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di inizio attività \_\_\_\_\_

Cognome/Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di inizio attività \_\_\_\_\_

- Di non essere tenut\_\_ all'iscrizione in quanto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto è consapevole delle responsabilità civili e penali che derivano in base alle vigenti disposizioni di legge dalla denuncia di circostanze non rispondenti a verità.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA