M.I.R.A. 2
Questionario 2015

Direzione Centrale Rete Associativa
Direzione Centrale Amministrazione Finanza e Controllo

CONFCOMMERCIO – Imprese per l'Italia

Aggiornato al 15/04/2016

Premessa per la lettura del questionario

Il questionario è stato redatto utilizzando colori diversi al fine di favorire la distinzione tra i campi di analisi e i campi di somministrazione.
Le domande con carattere **blu** rappresentano i campi che verranno somministrati nel corso dell'intervista ma che non saranno necessari ai fini dell'analisi.
Le domande con carattere **nero** rappresentano i campi che verranno somministrati nel corso dell'intervista e che saranno necessari ai fini dell'analisi.
Le domande con carattere **rosso** rappresentano i campi che non verranno somministrati nel corso dell'intervista ma che saranno necessari ai fini dell'analisi (tali campi saranno a cura del personale confederale).

1. ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA E STATUTARIA

DENOMINAZIONE _____

CODICE ATTIVITA' _____

	DIRETTE/ INTERNE N.	AUTONOME (ADERENTI ALL'ASCOM)		AUTONOME (NON ADERENTI ALL'ASCOM) N.
		N.	n. soci	
ASSOCIAZIONI PROVINCIALI DI CATEG./SETTORE *(All. 1)*				
MANDAMENTI/DELEGAZIONI *(All. 2)*				

	GESTITI DALL'ASCOM	GESTITI DA CONSULENTI / COLLABORATORI	GESTITI AUTONOMAMENTE DA MANDAMENTI/ DELEGAZIONI
UFFICI DI ZONA *(All. 3)*			

LA SEDE PRINCIPALE IN USO E':

- ☐ **IN LOCAZIONE**
- ☐ **IN COMODATO**
- ☐ **DI PROPRIETA' DELL'ASSOCIAZIONE**
- ☐ **PROPRIETA'DI UNA SOCIETA' CONTROLLATA/COLLEGATA**

SUPERFICIE MQ: _____

SONO PRESENTI ALTRE SEDI OLTRE A QUELLA PRINCIPALE? ☐ SI ☐ NO

SE SI, INDICARE IL NUMERO N._____

A SECONDA DEL NUMERO DI SEDI INDICARE QUANTE SONO:

Sedi	Superficie in MQ	In locazione	In comodato	Di proprietà dell'associazione	Di proprietà di una società controllata/collegata

DATA DI APPROVAZIONE STATUTO VIGENTE (Assemblea Straordinaria)	__ / __ / __

2. CARICHE SOCIALI

DURATA DELLE CARICHE	

DATA DI ULTIMO RINNOVO DELLE CARICHE PER

PRESIDENTE
Nome Cognome

_____

prima elezione
ultimo rinnovo
numero mandati complessivi

è Presidente C.C.I.A.A. ☐ SI ☐ NO

VICE PRESIDENTE/I - N.

CONSIGLIO – N. componenti
GIUNTA – N. componenti
ASSEMBLEA – N. componenti

		Eff.	Suppl.	ISCRIZIONE DEL PRESIDENTE ALL'ALBO
COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI	**N.**			☐ SI ☐ NO
COLLEGIO DEI PROBIVIRI	**N.**			

I COMPONENTI DI GIUNTA E CONSIGLIO SONO IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI?	☐ SI ☐ NO
SE NO, SPECIFICARE QUALI COMPONENTI	

ORGANO	N. RIUNIONI AL 31.12.13	N. RIUNIONI AL 31.12.14	N. RIUNIONI AL 2015	DA STATUTO
✓ ASSEMBLEA				
✓ CONSIGLIO				
✓ GIUNTA				
✓ COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI				

3. RISORSE UMANE ASSOCIAZIONE

DIPENDENTI/COLLABORATORI	FULL-TIME	PART-TIME
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
Totale		
COLLABORATORI abituali		
CONSULENTI esterni		

Utilizzo Cassa Integrazione straordinaria	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	**N. dipendenti** _____
Utilizzo contratti di solidarietà	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	**N. dipendenti** _____

DIRETTORE	INQUADRAMENTO	DATA DI NOMINA

TIPOLOGIA DI CONTRATTO APPLICATO AL PERSONALE DIPENDENTE	

L'ASSOCIAZIONE UTILIZZA PERSONALE DEDICATO ESCLUSIVAMENTE/PREVALENTEMENTE AL MARKETING ASSOCIATIVO?	☐ SI ☐ NO
E' STATO ORGANIZZATO UN UFFICIO SPECIFICO?	☐ SI ☐ NO
SE SI: N. DIPENDENTI IMPEGNATI	
N. COLLABORATORI/AGENTI	
TIPOLOGIA DI CONTRATTO	

		NUM. AZIENDE	NUM. DIPENDENTI
AL 2015	FONDO EST		
	FONDO FOR.TE.		
	FONDO QUAS		
			NUMERO
	CORSI DI FORMAZIONE GESTITI CON IL FONDO FOR.TE. NEL 2015		

4. SOCIETA' ED ENTI COLLEGATI

SOCIETA' DI SERVIZI	☐ **SI** ☐ **NO**	
DENOMINAZIONE:		
C.F. / PARTITA IVA		

La società utilizza i servizi Seac	☐ **SI** ☐ **NO**

Controllata	☐ Presidente		**SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE**
	☐ Amm. Unico		☐ **SI** ☐ **NO**
	☐ Amm.delegato		
	☐ Direttore		

DIPENDENTI/COLLABORATORI	**FULL-TIME**	**PART-TIME**
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
Totale		
COLLABORATORI abituali		
CONSULENTI esterni		

Utilizzo Cassa Integrazione straordinaria	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____
Utilizzo contratti di solidarietà	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____

N. Contabilità semplificate/forfettarie	
N. Contabilità ordinarie	
N. Dichiarazioni redditi	
N. Aziende in servizio paghe	
N. Cedolini paghe (comprensivi di collaboratori e stagionali) Dato annuale	
Altri servizi forniti :	

NOTA : Inserire eventuali servizi innovativi già proposti ai soci o ancora in cantiere.

CONSORZIO COOPERATIVA FIDI	☐ **SI** ☐ **NO**
DENOMINAZIONE:	
C.F. / PARTITA IVA	

Promossa	☐ Presidente		**SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE**	**(Presidente/Amm. Unico/Amm. delegato) Fa parte di diritto della giunta/consiglio dell'associazione?**
	☐ Amm. Unico		☐ **SI** ☐ **NO**	☐ **SI** ☐ **NO**
	☐ Amm.delegato			
	☐ Direttore			

NUMERO PRATICHE FINANZIATE NEL 2015	
IMPORTO COMPLESSIVO DI AFFIDAMENTI GARANTITI NEL 2015	**€.**
NUMERO TOTALE SOCI AL 2015	
IL CONSORZIO E' SOCIO DI FEDERASCOMFIDI	☐ **SI** ☐ **NO**
AMMONTARE COMPLESSIVO DEGLI AFFIDAMENTI GARANTITI	**€.**

DIPENDENTI/COLLABORATORI	**FULL-TIME**	**PART-TIME**
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
Totale		
COLLABORATORI abituali		
CONSULENTI esterni		

Utilizzo Cassa Integrazione straordinaria	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____
Utilizzo contratti di solidarietà	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____

C.A.T.	☐ **SI** ☐ **NO**
DENOMINAZIONE:	
C.F. / PARTITA IVA	

Controllata	☐ Presidente		**SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE**
	☐ Amm. Unico		☐ **SI** ☐ **NO**
	☐ Amm.delegato		
	☐ Direttore		

DIPENDENTI/COLLABORATORI	**FULL-TIME**	**PART-TIME**
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
Totale		
COLLABORATORI abituali		
CONSULENTI esterni		

Utilizzo Cassa Integrazione straordinaria	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____
Utilizzo contratti di solidarietà	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____

CORSI :	
FINANZIATI	
➢ Finanziati obbligatori	N.
➢ Finanziati abilitativi	N.
➢ Finanziati professionalizzanti	N.
N. ORE (COMPLESSIVE) DEI CORSI (in aula)	
N. ALLIEVI (COMPLESSIVI) DEI CORSI	
AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITA'	
➢ Provinciale	☐
➢ Sovraprovinciale	☐
➢ Regionale	☐
INDICARE I SOGGETTI FINANZIATORI :	

NON FINANZIATI	N.
N. ORE (COMPLESSIVE) DEI CORSI (in aula)	
N. ALLIEVI (COMPLESSIVI) DEI CORSI	
AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITA'	
➢ Provinciale	☐
➢ Sovraprovinciale	☐
➢ Regionale	☐
Specificare tipologia	

ALTRE ATTIVITA' :	**N. AZIENDE**	
• Servizi erogati nel settore igiene		
• Servizi erogati nel settore sicurezza sul lavoro		
• Servizi erogati nel settore ambiente		
• Servizi erogati nel settore qualità		
• Servizi erogati nel settore del credito agevolato		**Specificare l'importo** _____
NOTA : Inserire eventuali servizi innovativi già proposti ai soci o ancora in cantiere.		

ENTE / SOCIETA' DI FORMAZIONE	☐ SI ☐ NO
DENOMINAZIONE:	
C.F. / PARTITA IVA	

Controllata	☐ Presidente		**SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE**
	☐ Amm. Unico		☐ **SI** ☐ **NO**
	☐ Amm.delegato		
	☐ Direttore		

DIPENDENTI/COLLABORATORI	**FULL-TIME**	**PART-TIME**
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
Totale		
COLLABORATORI abituali		
CONSULENTI esterni		

Utilizzo Cassa Integrazione straordinaria	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____
Utilizzo contratti di solidarietà	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____

CORSI :	
FINANZIATI	
➢ Finanziati obbligatori	N.
➢ Finanziati abilitativi	N.
➢ Finanziati professionalizzanti	N.
N. ORE (COMPLESSIVE) DEI CORSI (in aula)	
N. ALLIEVI (COMPLESSIVI) DEI CORSI	
AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITA'	
➢ Provinciale	☐
➢ Sovraprovinciale	☐
➢ Regionale	☐
INDICARE I SOGGETTI FINANZIATORI :	
NON FINANZIATI	N.
N. ORE (COMPLESSIVE) DEI CORSI (in aula)	
N. ALLIEVI (COMPLESSIVI) DEI CORSI	
AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITA'	
➢ Provinciale	☐
➢ Sovraprovinciale	☐
➢ Regionale	☐
Specificare tipologia:	
NOTA : Inserire eventuali servizi innovativi già proposti ai soci o ancora in cantiere.	

FORMAZIONE GESTITA ED EROGATA DIRETTAMENTE DALL'ASSOCIAZIONE? □ SI □ NO

SE SI INDICARE

CORSI :	
FINANZIATI	
➢ Finanziati obbligatori	N.
➢ Finanziati abilitativi	N.
➢ Finanziati professionalizzanti	N.
N. ORE (COMPLESSIVE) DEI CORSI (in aula)	
N. ALLIEVI (COMPLESSIVI) DEI CORSI	
AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITA'	
➢ Provinciale	□
➢ Sovraprovinciale	□
➢ Regionale	□
INDICARE I SOGGETTI FINANZIATORI :	
NON FINANZIATI	N.
N. ORE (COMPLESSIVE) DEI CORSI (in aula)	
N. ALLIEVI (COMPLESSIVI) DEI CORSI	
AMBITO TERRITORIALE DI ATTIVITA'	
➢ Provinciale	□
➢ Sovraprovinciale	□
➢ Regionale	□
Specificare tipologia:	

ENTE BILATERALE DEL TERZIARIO	☐ SI ☐ NO
DENOMINAZIONE:	
C.F. / PARTITA IVA	

☐ Presidente		**SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE**
☐ Direttore		☐ **SI** ☐ **NO**

ANNO COSTITUZIONE	
DATA APPROVAZIONE STATUTO VIGENTE	
STATUTO VIGENTE CONFORME ALLO STATUTO TIPO ?	
E.B.T. E' AGGREGATO CON QUELLO DEL TURISMO ?	
NUMERO AZIENDE ISCRITTE AL 2015	
NUMERO DIPENDENTI AZIENDE ISCRITTE	

DIPENDENTI/COLLABORATORI	**FULL-TIME**	**PART-TIME**
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
Totale		
COLLABORATORI abituali		
CONSULENTI esterni		

Utilizzo Cassa Integrazione straordinaria	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____
Utilizzo contratti di solidarietà	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____

ENTE BILATERALE DEL TURISMO	**□ SI**	**□ NO**
DENOMINAZIONE:		
C.F. / PARTITA IVA		

□ Presidente		**SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE**
□ Direttore		**□ SI □ NO**

ANNO COSTITUZIONE	
DATA APPROVAZIONE STATUTO VIGENTE	
STATUTO VIGENTE CONFORME ALLO STATUTO TIPO ?	
NUMERO AZIENDE ISCRITTE AL 2015	
NUMERO DIPENDENTI AZIENDE ISCRITTE	

DIPENDENTI/COLLABORATORI	**FULL-TIME**	**PART-TIME**
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
Totale		
COLLABORATORI abituali		
CONSULENTI esterni		

Utilizzo Cassa Integrazione straordinaria	**□ SI □ NO**
Se SI :	N. dipendenti _____
Utilizzo contratti di solidarietà	**□ SI □ NO**
Se SI :	N. dipendenti _____

SOCIETA' IMMOBILIARE	**□ SI □ NO**
DENOMINAZIONE:	
C.F. / PARTITA IVA	

Controllata	□ Presidente		**SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE**
	□ Amm. Unico		**□ SI □ NO**
	□ Amm.delegato		
	□ Direttore		
N.B. Indicare la percentuale di partecipazione da Associazione e/o da Società controllate (indicare quali sono le società controllate). Inserire le sedi di proprietà in uso (o non) dal sistema confederale.			

ALTRI ENTI / SOCIETA'	**□ SI □ NO**
DENOMINAZIONE:	
C.F. / PARTITA IVA	
*** TIPOLOGIA SERVIZI OFFERTI DALL'ENTE/SOCIETA'**	
N.B. * (Ambiente – Sicurezza – Sorveglianza – formazione a mercato/obbligatoria – privacy ecc.) Se non già inseriti in CAT o Ente di Formazione	

Controllata	□ Presidente		**SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE**
	□ Amm. Unico		**□ SI □ NO**
	□ Amm.delegato		
	□ Direttore		

DIPENDENTI/COLLABORATORI	FULL-TIME	PART-TIME
DIRIGENTI		
QUADRI		
IMPIEGATI		
Totale		
COLLABORATORI abituali		
CONSULENTI esterni		

Utilizzo Cassa Integrazione straordinaria	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____
Utilizzo contratti di solidarietà	☐ **SI** ☐ **NO**
Se SI :	N. dipendenti _____

ALTRE PARTECIPAZIONI SOCIETARIE DELL'ASSOCIAZIONE

Società	Tipologia	% partecipazione

50 & PIU' ENASCO

		SEDE PRESSO L'ASSOCIAZIONE
PRESIDENTE		☐ **SI** ☐ **NO**
DIRETTORE		

NOTA:

5. PRINCIPALI INIZIATIVE PUBBLICHE REALIZZATE

2015	**NUMERO INIZIATIVE PUBBLICHE REALIZZATE**	

6. CONTENZIOSI (che riguardano la gestione del Gruppo Ascom)

ANNO	TIPOLOGIA	SOGGETTI COINVOLTI	IMPORTO
NOTE: Indicare solo contenziosi diretti (interni) dell'Associazione e delle Società controllate IN ESSERE: (LAVORO, TRIBUTARIO, ECC.)			

7. STIPULA ACCORDI SINDACALI INTEGRATIVI

	TIPOLOGIA
AL 31.12.15	

8. FINANZIAMENTO ALLE UNIONI REGIONALI

Si è provveduto al finanziamento a favore dell'Unioni Regionale (escluso quota su Contrin)? ☐ SI ☐ NO con delibera di .....

9. CONTRIBUTI DA CAMERA DI COMMERCIO ED ALTRI ENTI PUBBLICI (esempio a Fondo perduto) ELIMINARE

	TIPOLOGIA	IMPORTO
AL 31.12.14		

	TIPOLOGIA	IMPORTO
AL 31.12.15		

Quante sono le imprese che utilizzano le Convenzioni SIAE CONFCOMMERCIO?

N. _____

10. COMUNICAZIONE E IMMAGINE DELL'ASSOCIAZIONE

- IL LOGO E' STATO ADEGUATO AL NUOVO LOGO CONFEDERALE ? ☐ SI ☐ NO

SE SI, E' UTILIZZATO NELLE COMUNICAZIONI ? ☐ SI ☐ NO

- L'ASSOCIAZIONE HA UN SITO INTERNET? ☐ SI ☐ NO

SE SI, SPECIFICARE INDIRIZZO WEB: _____

SE SI, E' PRESENTE UNA PARTE RISERVATA AGLI ASSOCIATI? ☐ SI ☐ NO

SE SI, SONO PRESENTI:

- IL LINK A CONFCOMMERCIO NAZIONALE ☐
- IL BANNER MARKETING ☐
- BRAND TOP BAR DI SISTEMA ☐

- L'ASSOCIAZIONE PUBBLICA NOTIZIARIO PER I SOCI ? ☐ SI ☐ NO

SE SI, IN FORMATO: ☐ CARTACEO ☐ ELETTRONICO

SE CARTACEO N. DI COPIE DISTRIBUITE _____

CON QUALE **PERIODICITA'?**
☐ QUINDICINALE
☐ MENSILE
☐ BIMESTRALE
☐ ALTRO

- NEWSLETTER N. _____

- COMUNICATI STAMPA N. _____

- L'ASSOCIAZIONE UTILIZZA NELLE COMUNICAZIONI VIA E-MAIL **IL DOMINIO @CONFCOMMERCIO.IT** ? ☐ SI ☐ NO

SE NO, SPECIFICARE INDIRIZZO E-MAIL _____

- L'ASSOCIAZIONE UTILIZZA I SOCIAL MEDIA? ☐ SI ☐ NO

SE SI:
FACEBOOK ☐
TWITTER ☐
YOUTUBE ☐
ALTRO ☐

- (SE UTILIZZA FACEBOOK) QUANTI SONO I FAN DELLA PAGINA DELL'ASSOCIAZIONE? N. _____

- (SE UTILIZZA TWITTER) QUANTI SONO I FOLLOWER DELLA PAGINA DELL'ASSOCIAZIONE? N. _____

11. FLUSSI CONTRIBUTIVI ASSOCIATIVI

[A CURA DEL PERSONALE DIREZIONE CENTRALE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - CONFCOMMERCIO IMPRESE PER L'ITALIA]

11.1 NUMERO DI SOGGETTI TOTALI ISCRITTI

TIPOLOGIA DI SOGGETTI	2012	2013	2014	2015
Persone fisiche / ditte individuali				
Società di persone				
Società di capitale				
TOTALE				

11.2 CONTRIN

ANNI DI COMPETENZA								INDICI							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EMISSIONI INPS								100							
SOCI CONFCOMM.								100							
%								100							
MEDIA PAGANTI								100							
%								100							
MEDIA PAGANTI REGIONALE								100							
%								100							
IMPORTO ACQUISITO								100							
QUOTA AGGIUNTIVA								100							

11.3 QUOTA DIRETTA

AMMONTARE DELLA <u>SINGOLA</u> QUOTA DIRETTA (allegare delibera)

TIPOLOGIA DI SOGGETTI	2012	2013	2014	2015
Persone fisiche / ditte individuali	€	€	€	€
Società di persone	€	€	€	€
Società di capitale	€	€	€	€

QUOTE DIRETTE CORRISPOSTE E NUMERO DI SOGGETTI PAGANTI

TIPOLOGIA DI SOGGETTI	2012		2013		2014		2015	
	n.	TOTALE €	n.	TOTALE €	n.	TOTALE €	n.	TOTALE €
Persone fisiche / ditte individuali								
Società di persone								
Società di capitale								
TOTALE								

12. FLUSSI CONTRIBUTIVI ASCOM 1,20%

[A CURA DEL PERSONALE DIREZIONE CENTRALE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - CONFCOMMERCIO IMPRESE PER L'ITALIA]

ANNI DI COMPETENZA								INDICI							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
AZIENDE PAGANTI ***								100							
DM CONTABILIZZATI								100							
DIPENDENTI AZIENDE PAGANTI								100							
NUMERO RETRIBUZIONI								100							
MASSA SALARIALE ASSOGGETTATA								100							
GETTITO ASCOM 1,20%								100							
ALIQUOTA MEDIA *								100							
MEDIA DELLE ALIQUOTE **								100							

* Gettito Ascom 1,20 / Massa salariale assoggettata
** Media matematica delle aliquote (somma delle aliquote / numero DM 10)
*** Aziende che hanno corrisposto almeno una volta il contributo ASCOM

12.1 DITTE CHE VERSANO IL CONTRIBUTO ASCOM-INPS IN DEROGA

N. DITTE				N. DIPENDENTI				GETTITO CONTRIBUTIVO			
2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015

13. BILANCIO DELL'ASSOCIAZIONE E/O SOCIETA' ED ENTI COLLEGATI

[A CURA DEL PERSONALE DIREZIONE CENTRALE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - CONFCOMMERCIO IMPRESE PER L'ITALIA]

- Il Bilancio d'esercizio dell'Associazione e delle Società ed Enti collegati è stato acquisito e per quali anni?
- Con riferimento all'ultimo anno di acquisizione, del bilancio dell'Associazione, rilevare la conformità della Struttura di Bilancio al modello confederale (circolare contabilità e bilancio inviata con note confederali del 2008).

	BILANCIO CONFORME	DATA APPROVAZIONE ULTIMO BILANCIO INVIATO	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ASSOCIAZIONE	SI/NO		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO

	DATA APPROVAZIONE ULTIMO BILANCIO INVIATO	2009	2010	2011	2012	2013	2014
SOCIETA' DI SERVIZI		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
SOCIETA' IMMOBILIARE		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
CONSORZIO/COOP FIDI		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
C.A.T.		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
C.A.F. IMPRESE		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
ENTE BILATERALE DEL TERZIARIO		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
ENTE BILATERALE DEL TURISMO		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
ENTI e/o SOCIETA' DI FORMAZIONE		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
CONSORZIO DI PROMOZIONE		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
ALTRI ENTI E SOCIETA'		SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO

14. SCHEDA DI VALUTAZIONE TECNICA DEL BILANCIO DELL'ASSOCIAZIONE E/O SOCIETA' ED ENTI COLLEGATI

[A CURA DEL PERSONALE DIREZIONE CENTRALE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - CONFCOMMERCIO IMPRESE PER L'ITALIA]

DATI DI BILANCIO	Anno n	Anno n-1
DATI PATRIMONIALI		
a) ATTIVO	**Anno n**	**Anno n-1**
Beni Immobili (Terreni e Fabbricati)		
Partecipazioni in controllate/collegate		
Crediti v/s controllate /collegate		
Crediti (Breve periodo) al netto dei crediti verso controllate/collegate		
Crediti (Lungo periodo) al netto dei crediti verso controllate/collegate		
Attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni		
Disponibilità liquide (Banca)		
TOTALE ATTIVO		
b) PASSIVO	**Anno n**	**Anno n-1**
Debiti v/Erario		
Debiti v/Istituti Previdenza		
Debiti v/Dipendenti		
TFR		
Debiti v/Confcommercio		
Altri Debiti (Mutui, Banche, etc..)		
TOTALE PASSIVO		
c) PATRIMONIO NETTO (compreso risultato di esercizio)		
d) RISULTATO DI ESERCIZIO		

DATI ECONOMICI		
e) ONERI (COSTI)	**Anno n**	**Anno n-1**
Costi del personale		
Oneri Finanziari		
Sopravvenienze passive		
Costi progetti di Formazione		
TOTALE ONERI (COSTI)		

f) PROVENTI – (ENTRATE)	**Anno n**	**Anno n-1**
Quote Dirette		
Contrin		
Ascom 1,20%		
Contributi Camera di Commercio		
Contributi altri Enti locali		
Contributi Formazione		
Sopravvenienze attive		
TOTALE PROVENTI (ENTRATE)		

PRESENZA BENI IMMOBILI (Associazione e/o Società controllate)	☐ SI ☐ NO
Valore contabile dell'immobile di proprietà al 31.12.	**Euro……**
Valore commerciale dell'immobile di proprietà stimato secondo le tariffe O.M.I. e/o perizia	**Euro ……**

ANALISI DI BILANCIO DELL'ASSOCIAZIONE Indici di solvibilità e indebitamento	**Anno n**	**Anno n-1**
g) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI BREVE PERIODO *(crediti a breve + disponibilità liquide / debiti a breve) deve essere maggiore di 1 poiché il denominatore ,dato dai debiti correnti, non può superare il numeratore che costituisce le attività correnti*		
h) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI LUNGO PERIODO *(crediti a lungo/debiti di lungo periodo + Fondo TFR) deve essere maggiore di 1 per lo stesso motivo di cui sopra*		
i) INDICE DI COPERTURA DELLE ATTIVITÀ NETTE *con il capitale proprio (totale attività/patrimonio netto + fondi per rischi ed oneri) deve essere inferiore a 2 ed indica quanta parte del capitale proprio finanzia le attività*		
j) INDICE DI COPERTURA DEI DEBITI A MEDIA E LUNGA SCADENZA *con le immob. nette (immob.ni materiali + immob.ni finanziarie /Fondo TRF + debiti di lungo periodo) deve essere uguale o superiore a 1 affinché le immb.ni superino come valore le passività di lungo periodo*		
k) RAPPORTO TRA QUOTE ASSOCIATIVE DIRETTE E TOTALE DELLE ENTRATE		
l) RAPPORTO TRA QUOTE CONTRIN E TOTALE DELLE ENTRATE		
m) RAPPORTO TRA QUOTE ASCOM 1,20 E TOTALE DELLE ENTRATE		
n) RAPPORTO TRA ALTRE ENTRATE E TOTALE DELLE ENTRATE		
o) INCIDENZA COSTO DEL PERSONALE SUL TOTALE ENTRATE		
p) INCIDENZA DEGLI ONERI FINANZIARI SUL TOTALE DEI COSTI		
q) INCIDENZA GESTIONE STRAORDINARIA SUL RISULTATO DI ESERCIZIO *(l'indice tende a 1 quando il risultato è molto influenzato dalla gestione straordinaria)*		

ANALISI DI BILANCIO DELLE SOCIETA' CONTROLLATE	Anno n	Anno n-1
Denominazione società controllate		
r) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI BREVE PERIODO *(crediti a breve + disponibilità liquide / debiti a breve) deve essere maggiore di 1 poiché il denominatore ,dato dai debiti correnti, non può superare il numeratore che costituisce le attività correnti*		
s) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI LUNGO PERIODO *(crediti a lungo/debiti di lungo periodo + Fondo TFR) deve essere maggiore di 1 per lo stesso motivo di cui sopra*		
Denominazione società controllate		
t) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI BREVE PERIODO *(crediti a breve + disponibilità liquide / debiti a breve) deve essere maggiore di 1 poiché il denominatore ,dato dai debiti correnti, non può superare il numeratore che costituisce le attività correnti*		
u) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI LUNGO PERIODO *(crediti a lungo/debiti di lungo periodo + Fondo TFR) deve essere maggiore di 1 per lo stesso motivo di cui sopra*		
Denominazione società controllate		
v) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI BREVE PERIODO *(crediti a breve + disponibilità liquide / debiti a breve) deve essere maggiore di 1 poiché il denominatore ,dato dai debiti correnti, non può superare il numeratore che costituisce le attività correnti*		
w) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI LUNGO PERIODO *(crediti a lungo/debiti di lungo periodo + Fondo TFR) deve essere maggiore di 1 per lo stesso motivo di cui sopra*		
Denominazione società controllate		
x) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI BREVE PERIODO *(crediti a breve + disponibilità liquide / debiti a breve) deve essere maggiore di 1 poiché il denominatore ,dato dai debiti correnti, non può superare il numeratore che costituisce le attività correnti*		
y) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI LUNGO PERIODO *(crediti a lungo/debiti di lungo periodo + Fondo TFR) deve essere maggiore di 1 per lo stesso motivo di cui sopra*		
Denominazione società controllate		
z) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI BREVE PERIODO *(crediti a breve + disponibilità liquide / debiti a breve) deve essere maggiore di 1 poiché il denominatore ,dato dai debiti correnti, non può superare il numeratore che costituisce le attività correnti*		
aa) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI LUNGO PERIODO *(crediti a lungo/debiti di lungo periodo + Fondo TFR) deve essere maggiore di 1 per lo stesso motivo di cui sopra*		
Denominazione società controllate		
bb) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI BREVE PERIODO *(crediti a breve + disponibilità liquide / debiti a breve) deve essere maggiore di 1 poiché il denominatore ,dato dai debiti correnti, non può superare il numeratore che costituisce le attività correnti*		
cc) INDICE DI SOLVIBILITÀ DI LUNGO PERIODO *(crediti a lungo/debiti di lungo periodo + Fondo TFR) deve essere maggiore di 1 per lo stesso motivo di cui sopra*		

15. RAPPORTI AMMINISTRATIVI DELL'ASSOCIAZIONE CON LA CONFEDERAZIONE

[A CURA DEL PERSONALE DIREZIONE CENTRALE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - CONFCOMMERCIO IMPRESE PER L'ITALIA]

15.1 REGOLARITA' CONTRIBUTIVA

REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA CONTRIBUTO ASSOCIATIVO ORDINARIO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Importo contributo (ultima annualità)

REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA CONTRIBUTO INTERASSOCIATIVO ORDINARIO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Importo contributo (ultima annualità)

RISPETTO PIANO DI RIENTRO DEBITI DI NATURA CONTRIBUTIVA	SI	NO

15.2 REGOLARITA' RAPPORTI DI ALTRA NATURA AMMINISTRATIVA

DEBITI DI ALTRA NATURA (importo)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015

RISPETTO PIANO DI RIENTRO DEBITI DI ALTRA NATURA	SI	NO

15.3 SOSTEGNO A TITOLO DI CONTRIBUTO A FONDO PERDUTO

STORICO FINANZIAMENTO A FONDO PERDUTO RICEVUTO DALLA CONFEDERAZIONE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IMPORTO RICEVUTO							

OGGI RICHIESTE DI SOSTEGNO APERTE	☐ SI ☐ NO
DATA RICHIESTA	
IMPORTO RICHIESTO	
MOTIVO	

15.4 SOSTEGNO A TITOLO DI ANTICIPAZIONE FINANZIARIA INFRUTTIFERA

STORICO ANTICIPAZIONI FINANZIARIE INFRUTTIFERE IN ESSERE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IMPORTO CONCESSO							
IMPORTO RIMBORSATO							
IMPORTO DA RIMBORSARE							
RISPETTO PIANO DI RECUPERO	SI/NO						

OGGI RICHIESTE DI SOSTEGNO APERTE	☐ SI ☐ NO
DATA RICHIESTA	
IMPORTO RICHIESTO	
MOTIVO	

ASSOCIAZIONI PROVINCIALI DI CATEGORIA / SETTORE

All. 1

PUNTO 1 - PARTE ORGANIZZATIVA

	DENOMINAZIONE	DIRETTE / INTERNE	AUTONOME aderenti all'Ascom		AUTONOME NON aderenti all'Ascom
				n. soci	
Non vanno considerati i gruppi **50 & PIU', GIOVANI IMPRENDITORI** e **TERZIARIO DONNA**					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					

MANDAMENTI/DELEGAZIONI

All. 2

PUNTO 1 - PARTE ORGANIZZATIVA

	DENOMINAZIONE	DIRETTE / INTERNE	AUTONOME aderenti all'Ascom		AUTONOME NON aderenti all'Ascom
				n. soci	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					

UFFICI DI ZONA

All. 3

PUNTO 1 - PARTE ORGANIZZATIVA

	DENOMINAZIONE	GESTITI DALL'ASCOM	GESTITI DA CONSULENTI / COLLABORATORI	GESTITI AUTONOMAMENTE DALLA DELEGAZIONE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				

NOTE GENERALI