

DOMANDA DI REGISTRAZIONE PER MARCHIO D'IMPRESA

UIBM

N° _____

Al Ministero dello Sviluppo Economico

DGLC-UIBM

MARCA DA BOLLO

1. DATI IDENTIFICATIVI DELLA DOMANDA

1.1 TIPOLOGIA DEPOSITO Ordinaria, Divisionale, Comunitaria (O/D/C)* Per tipologia Divisionale: N. domanda di riferimento divisione delle classi divisione di prodotti/servizi Per tipologia Comunitaria: N. domanda comunitaria Data domanda comunitaria

1.2 TIPO DI MARCHIO Individuale/Collettivo/Di Certificazione (I/C/D)*

1.3 NATURA DEL MARCHIO Denominativo(D)/Figurativo(F)/Tridimensionale(T)/Posizione(P)/Motivo(M)/Colore(C)/Sonoro(S)/Movimento(V)/Ologramma(O)/Altro(A)*

1.4 RIFERIMENTO DEPOSITANTE 1.5 DENOMINAZIONE 1.6 DESCRIZIONE 1.7 COLORI RIVENDICATI Descrizione/Codice (D/C) Descrizione Codice (Pantone/HREX/RAL/RGB) 1.8 NOTE

2. CLASSIFICAZIONE

CLASSE*	ELENCO DEI PRODOTTI O DEI SERVIZI*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* campi obbligatori. Per la Classificazione è obbligatorio indicarne almeno una.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

DOMANDA DI REGISTRAZIONE PER MARCHIO D'IMPRESA

N° _____

3. PRIORITA' (solo se si intende rivendicare la data di deposito di una precedente domanda estera o di una esposizione)

Nazione/Ente	Tipo di priorità	Numero di domanda/Esposizione	Data della priorità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. RICHIEDENTE

PERSONA FISICA

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

Civico** CAP**

Fax

PEC

Codice fiscale***

Cognome*

Comune e prov. di nascita

Comune e prov. di residenza**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Nome*

Nazione di nascita

Nazione di residenza*

Civico** CAP**

Fax

PEC

PERSONA GIURIDICA

C.F o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Nazione sede/filiale*

Civico** CAP**

Fax

PEC

C.F o P.IVA***

Tipo società*

Denominazione*

Comune e prov. sede/filiale**

Indirizzo**

Telefono

Email o CECPAC

Partecipazione ai diritti nella misura del % *

Nazione sede/filiale*

Civico** CAP**

Fax

PEC

* Campi obbligatori.

** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti residenti o con sede legale in uno Stato dell'Unione europea

*** Da inserire obbligatoriamente per i richiedenti in possesso di codice fiscale o partita iva rilasciati da un Ente italiano

FIRMA DEL RICHIEDENTE

DOMANDA DI REGISTRAZIONE PER MARCHIO D'IMPRESA

N° _____

5. DOMICILIO ELETTIVO

c/o*			
Indirizzo*			Civico* <input type="text"/>
Comune e Provincia*			Cap* <input type="text"/>
Nazione*	Telefono*	<input type="text"/>	Fax <input type="text"/>
Email o CECPAC*			PEC * <input type="text"/>

6. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA O CON RISERVA DI PRESENTAZIONE

Esemplare del marchio

	AL/RI/AS (*)	N. esemplari
Dettaglio specifico del marchio	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rappresentazione del marchio (un solo foglio formato A4)*	AL	<input type="text"/>
Regolamento marchi collettivi/di certificazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autorizzazione o atto di cessione	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Documenti di priorità con traduzione in italiano	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domanda originaria con traduzione in lingua italiana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domanda di conversione con traduzione in lingua italiana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dichiarazione di conformità delle traduzioni al documento originale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° fogli aggiuntivi per i seguenti paragrafi		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Richiesta copia autentica (Si/No)	<input type="text"/>	
Numero pagine totali	<input type="text"/>	

(*) AL = Allegato
 RI = Riserva
 AS = Assente

* Campi obbligatori. Inserire almeno uno dei seguenti: Email, PEC, CECPAC.

FIRMA DEL RICHIEDENTE

VERBALE DI PRESENTAZIONE

Numero di domanda

CCIAA di Sigla

In data è stata a me presentata la domanda di cui sopra corredata da N° fogli aggiuntivi

Annotazioni dell'Ufficiale rogante

Il depositante	Timbro dell'Ufficio	L'Ufficiale rogante
----------------	---------------------	---------------------