Po AUTO-ENTREPRENEUR

DECLARATION DE DEBUT D'ACTIVITE

RESERVE AU CFE UIDBEFKT

Déclaration n°.....
reçue le.....
transmise le.....

AUTO-ENTREPRENEUR PERSONNE PHYSIQUE

ACTIVITE COMMERCIALE ARTISANALE LIBERALE

VOUS NE BENEFICIEZ DE CE REGIME QUE SI VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO ET AVEZ OPTE POUR LE REGIME MICRO-SOCIAL

1 **Avez-vous déjà exercé une activité non salariée** ☐ **oui** ☐ **non** **Si oui, rappelez votre numéro unique d'identification** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IDENTITE

2 **NOM DE NAISSANCE**..... Nom d'usage..... Prénoms .....

Nationalité ..... Sexe ☐ M ☐ F Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays.....

Domicile : *rés.. bât.. n° voie. lieu-dit* .....

Code postal |_|_|_|_|_| Commune / Pays.....

Forain ☐ Commune de rattachement administratif : Code postal | | | | | | Nom de la commune.....

3 **CHOIX D'UN STATUT POUR LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE LIE PAR UN PACTE CIVIL DE SOLIDARITE TRAVAILLANT REGULIEREMENT DANS L'ENTREPRISE**

☐ Conjoint ou pacsé salarié ☐ Conjoint ou pacsé collaborateur

préciser pour celui-ci Nom de naissance.....

Nom d'usage..... Prénoms..... Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| Dépt. |_|_|_| Commune / Pays.....

4 **AIDE AUX CHOMEURS CREATEURS OU REPRENEURS D'UNE ENTREPRISE (ACCRE)**

☐ Une demande d'ACCRE est déposée avec cette déclaration, dans ce cas, vous devez remplir l'imprimé spécifique.

ACTIVITE

5 **Vous exercez votre activité à :** ☐ Votre domicile personnel, **passez directement au cadre 6** ☐ Une adresse professionnelle, **indiquer celle-ci**

rés. ,bât., app., étage, N° voie. Lieu-dit.....

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune.....

6 **DATE DE DÉBUT D'ACTIVITÉ** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Activité : ☐ Permanente ☐ Saisonnière / ☐ Non sédentaire (Ambulant ou Forain)

Indiquer l'activité la plus importante .....

Le cas échéant, autres activités exercées.....

Si votre activité principale est commerciale ou artisanale, veuillez précisez en ne cochant qu'une seule case

Sa nature :

☐ Commerce de détail ☐ Transport ☐ Services ☐ Import export ☐ Commerce de gros ou intermédiaire du commerce ☐ Fabrication, production
☐ Montage, installation ☐ Réparation ☐ Bât. travaux publics ☐ Extraction ☐ Autre .....

Son lieu d'exercice :

☐ Magasin (surface : m2) ☐ Bureau, cabinet ☐ Sur marché ☐ En clientèle ☐ Usine ☐ Atelier ☐ Dépôt, entrepôt
☐ Sur chantier ☐ Mine, carrière ☐ Autre.....

Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données les concernant, auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

DECLARATION SOCIALE

Informations strictement confidentielles adressées uniquement aux organismes sociaux

7 VOUS AVEZ CHOISI L' **OPTION MICRO-SOCIAL SIMPLIFIE**

Vous demandez à bénéficier du calcul ☐ **trimestriel** ☐ **mensuel des cotisations et contributions de la sécurité sociale**

VOTRE N°DE SECURITE SOCIALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Votre conjoint est-il couvert à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie ☐ oui ☐ non

Pour le conjoint/ PACSE collaborateur, indiquer son N°de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

ASSURANCE MALADIE - Régime actuel : ☐ Régime général ☐ Agricole ☐ Non salarié non agricole ☐ Autre.....

Choix de l'organisme d'assurance maladie des travailleurs non salariés.....N°|_|_|_|

Si exercice antérieur d'une activité non salariée, préciser laquelle :.....Dépt. |_|_|_| Commune.....Date de cessation |_|_|_|_|_|_|_|_|

Resterez-vous simultanément : ☐ Salarié ☐ Salarié agricole ☐ Retraité / Pensionné ☐ Autre..... Si à l'étranger, indiquer le pays.....

PERSONNES DEMANDANT À BENEFICIER DE L'ASSURANCE MALADIE DU DECLARANT Suite sur intercalaire(s)

Nom de naissance et prénom	N° de Sécurité Sociale obligatoire (si pas attribué : date, lieu de naissance et sexe)	Lien de parenté	Enfant scolarisé		Nationalité	Pour les étrangers de plus de18 ans (sauf ressortissant de l'U.E)		
			oui	non		N°du titre de séjour	Délivré à	Expirant le

OPTION(S) FISCALE(S)

8 VOUS RELEVEZ DU REGIME FISCAL MICRO (BIC, BNC)

☐ **Option pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu assis sur le chiffre d'affaires ou les recettes**

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

9 **OBSERVATIONS :**

10 **ADRESSE de correspondance** ☐ Déclarée au cadre n° ---- ; Autre : .....
..... Code postal |_|_|_|_|_| Commune.....

Tél.....Tél.....
Fax / mél.....

Le présent document constitue une déclaration aux services fiscaux, aux organismes de sécurité sociale, à l'INSEE et s'il y a lieu, à l'inspection du travail.
Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions.

11 ☐ **LE DECLARANT** *Désigné au cadre 2*

Certifie l'exactitude des renseignements donnés
Fait à.....
Le .....
Nombre d'intercalaire(s) PO'
Formulaire ACCRE : ☐ oui ☐ non

SIGNATURE

modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses des personnes physiques à ce

La loi n° 78-17,