

Facsimile da restituire su carta intestata

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEI REQUISITI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO
E DI NON SUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' PER L'ESERCIZIO
DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA E DI ESPERTO CONTABILE**

(art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a
nato a.....prov. il
residente aprov. CAPin Via
..... Codice Fiscale:
con studio professionale a..... prov. CAP
in Via.....
email
iscritto/a all'Albo Sezione A Commercialisti al n con decorrenza
oppure
iscritto/a all'Albo Sezione B Esperti Contabili al n..... con decorrenza
oppure
iscritto/a all'Elenco Speciale al n..... con decorrenza
dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trento e Rovereto
iscritto/a nel Registro dei Revisori Legali al n. dal
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

PREMESSO

di aver preso attentamente visione e cognizione

- a) dell'art. 4 e dell'art. 36, comma 1 del D.Lgs. 28 giugno 2005, n. 139 (Ordinamento della professione di Dottore Commercialista ed Esperto Contabile);
- b) del regolamento contenente le norme sul "procedimento" di valutazione delle incompatibilità approvato con Decreto emesso dal Direttore Generale della Giustizia Civile in data 18 luglio 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 172 del 26 luglio 2003;
- c) delle "note interpretative" approvate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili con delibera del 01.03.2012 relative alla disciplina delle incompatibilità di cui all'art. 4 del D. Lgs. 139/2005;

DICHIARA

- 1) di operare con il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata
- 2) di essere residente in _____, CAP _____ in Via _____
- 3) di avere il proprio domicilio professionale, inteso come luogo in cui viene esercitata la professione in maniera “prevalente” in, CAP Via e che l'indirizzo telematico del proprio studio professionale è il seguente email
- 4) di aver stipulato, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, idonea polizza assicurativa professionale in conformità al disposto del D.L. 13.08.2011 n. 138 e del regolamento attuativo D.P.R. 7.8.2012 n. 137; trattasi di polizza n. sottoscritta con in data intestata a con massimale
- 5) di non aver riportato condanne penali;
- 6) di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 7) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali (oppure di essere a conoscenza e di averli comunicati al Consiglio dell'Ordine in data);
- 8) di non trovarsi, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4 del D. Lgs. 139/2005, dal “procedimento” e dalle “note interpretative”;
- 9) che nessuna delle cause di incompatibilità richiamate al punto precedente sussisteva nel corso dei cinque anni precedenti la data della presente autocertificazione.

Modificare ovviamente il facsimile in caso di situazioni contrarie o diverse

Data,

Firma di autocertificazione

.....

Allegati: Copia documento d'identità

Autorizzazione al trattamento dei dati personali