

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (ANNO 2018)**  
**ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i. (da compilare e NON MODIFICARE)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
iscritto/a  nell'Albo  nell'Elenco Speciale  sez. A  sez. B al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa, visti:

- ✓ le responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del succitato decreto;
- ✓ l'art. 4 del D.Lgs. 139/05 e l'Informativa CNDCEC n. 26/2012 che disciplinano le incompatibilità con l'esercizio della professione;
- ✓ l'art. 35 del D.Lgs. 139/05 in materia di divieto di iscrizione in più Albi, Sezioni ed elenchi;
- ✓ l'art. 36 c.1 e 2 del D.Lgs. 139/05 che detta i requisiti per l'iscrizione nell'Albo e nell'Elenco Speciale,

**dichiara**

- a)** di essere cittadino italiano, ovvero cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea o di uno Stato Estero a condizioni di reciprocità,
- b)** di godere del pieno esercizio dei diritti civili,
- c)** di essere di condotta irreprensibile,
- d)** di non essere, allo stato attuale, iscritto nel registro dei protesti,
- e)** di non essere iscritto, né di avere presentato domanda di iscrizione nelle sezioni A o B dell'Albo o dell'Elenco Speciale dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di altra provincia,

**dichiara**

di essere residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
con domicilio professionale in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**inoltre dichiara di**

**esercitare** l'attività professionale come: *(è possibile segnare più di una opzione)*

<input type="checkbox"/> libero professionista	<input type="checkbox"/> professionista dipendente
<input type="checkbox"/> professionista associato	<input type="checkbox"/> socio professionista STP

**non esercitare** l'attività professionale *(neanche occasionalmente ed in nessuna forma)*

**non esercitare** l'attività professionale **e di essere** dipendente presso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(indicare i dati del datore di lavoro e la tipologia di attività svolta)*

**avere una copertura** assicurativa ai sensi dell'art. 5 DPR 137/2012<sup>1</sup>:

<b>libero professionista/ professionista dipendente (in proprio<sup>2</sup>)</b>	<b>professionista associato/ socio professionista STP/ professionista dipendente (in nome e per conto dello studio)</b>
Nominativo Contraente/Assicurato: _____	Nominativo Contraente: _____ Nominativo Assicurato: _____
Numero polizza:	Numero polizza:
Data decorrenza polizza:	Data decorrenza polizza:
Data scadenza polizza:	Data scadenza polizza:
Massimale:	Massimale:

**non aver stipulato** una Polizza Assicurativa ai sensi dell'art. 5 DPR 137/2012

**non avere** carichi pendenti oppure

**avere** carichi pendenti (*indicare gli estremi*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

**non avere** riportato condanne penali oppure

**avere** riportato le seguenti condanne penali (*indicare gli estremi delle relative sentenze*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

**non svolgere** attività incompatibili<sup>3</sup> oppure

**svolgere** la seguente attività incompatibile:  
\_\_\_\_\_;

*Si impegna a comunicare per iscritto, entro 15 giorni, ogni variazione a quanto sopra dichiarato.*

All'uopo **ALLEGA** copia fronte-retro leggibile di un **documento di identità** in corso di validità.

data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(Timbro sigillo e firma per esteso)

<sup>1</sup> Per maggiori dettagli consultare Informativa CNDCEC n. 28/2017

<sup>2</sup> Nel caso in cui il professionista dipendente dello studio presti l'attività professionale in proprio e quindi assuma direttamente incarichi con la clientela

<sup>3</sup> Vedi art. 4 del D.Lgs. n. 139/05 e Note Interpretative CNDCEC del 01/03/2012