

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (ANNO 2020)
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

autorizzare **NON autorizzare**
la pubblicazione (su sito e Albo) del proprio indirizzo PEC _____

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 137/2012¹:

libero professionista/ professionista dipendente (in proprio²)	professionista associato/ socio professionista STP/ professionista dipendente (in nome e per conto dello studio)
Nominativo Contraente/Assicurato:	Nominativo Contraente:
	Nominativo Assicurato:
Numero polizza RC Professionale:	Numero polizza RC Professionale:
Data scadenza polizza:	Data scadenza polizza:

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 incompatibili³ *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)

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

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

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