

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ iscritto/a all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Castrovillari al n. _____, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa

CONSAPEVOLE CHE

- saranno avviati gli accertamenti relativi alla sussistenza dei requisiti e delle condizioni necessari per la permanenza dell'iscrizione nell'Albo/Elenco speciale;
- qualora, dal controllo effettuato, emergesse la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, rilasciata per gli effetti del Decreto Legislativo 28 giugno 2005, n. 139, art. 12 lett. e) - Verifica periodica della sussistenza dei requisiti di legge in capo agli iscritti all'ODCEC DI CASTROVILLARI - Circondario del Tribunale di Castrovillari, potrebbe incorrere nella decadenza di situazioni soggettive fondate sul presupposto dell'iscrizione (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000);
- in caso di dichiarazione mendace, sarà punito ai sensi del Codice Penale, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000;

PREMESSO

di aver preso visione e cognizione del Decreto Legislativo 28.06.2005 n. 139 (con particolare riferimento agli artt. 4, 34, 35, 36, 37 e 38) e delle note interpretative in materia di incompatibilità emanate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili in data 13 ottobre 2010 ed aggiornate in data 1° marzo 2012;

DICHIARA

di essere cittadino/a italiano/a;
cittadino/a di uno Stato membro dell'Unione europea o di uno Stato estero a condizione di reciprocità _____;
di avere la residenza e/o il domicilio professionale nel circondario del Tribunale di Castrovillari;
di godere il pieno esercizio dei diritti civili;
che presso il Tribunale Civile Italiano – Sez. Fallimentare - non risulta in corso nei propri confronti alcuna procedura di fallimento, né di concordato preventivo o di sovraindebitamento;
di non aver riportato condanne penali e civili;
di avere riportato le seguenti condanne penali e civili _____;
_____;
di non avere carichi pendenti;
di avere i seguenti carichi pendenti _____;
_____;
di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;
di non essere iscritto/a in nessun altro Albo/Elenco speciale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili istituito sul territorio nazionale;
di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 4 dell'Ordinamento Professionale (D.Lgs. 28/06/2005 n. 139);
di essere titolare di polizza assicurativa per la responsabilità civile contro i rischi professionali secondo le previsioni legislative vigenti (per i soli iscritti all'Albo) contratta con la compagnia assicurativa _____ in data _____
Polizza N° _____
di NON essere titolare di polizza assicurativa per la responsabilità civile contro i rischi professionali in quanto _____
di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, ____/____/____

Firma

Allega: documento di riconoscimento.

Da restituire a mano presso gli Uffici di Segreteria ovvero a mezzo mail esclusivamente all'indirizzo: odccv@tiscali.it