

**Spett. Consiglio dell'Ordine dei Dottori
Commercialisti e degli Esperti Contabili di CASTROVILLARI**
Viale del Lavoro, 128
87012 – CASTROVILLARI (CS)
Tel. e fax 0981/27973
e-mail odccv@tiscali.it
PEC segreteria@odceccv.legalmail.it

Marca da Bollo
€. 16,00

Prot. n. _____ del _____ *(spazio riservato all'Ordine)*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ il _____, cittadinanza: _____ codice

fiscale: _____ partita IVA: _____ telefono fisso

_____ telefono cellulare: _____ fax: _____

indirizzo e-mail: _____ posta

elettronica certificata: _____

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'Albo:

SEZIONE A - Commercialisti

SEZIONE B - Esperti Contabili

di essere iscritto/a nell'Elenco Speciale:

SEZIONE A - Commercialisti

SEZIONE B - Esperti Contabili

dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Castrovillari competente per il territorio nel quale si trova:

la propria RESIDENZA

il proprio DOMICILIO PROFESSIONALE (solo per gli Iscritti all'Albo)

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità¹

DICHIARA

di godere del pieno esercizio dei diritti civili;

di essere residente in: _____ Via _____;

di essere domiciliato/a in *(non richiesto per l'iscrizione nell'elenco)* _____ via _____;

di non essere attualmente iscritto/a in altro Albo/Elenco dei dottori commercialisti e degli esperti contabili;

di essere stato iscritto nell'Albo/elenco dell'Ordine/Collegio di _____ dal _____ al _____ i;

¹ Si rammenta che l'Ordine procederà, ai sensi dell'art. 71, co. 1 del DPR 445/2000 a verificare la veridicità delle suddette dichiarazioni attraverso le evidenze del certificato del casellario giudiziale "integrale" e del certificato del casellario dei carichi pendenti, che saranno richiesti d'ufficio. Si ricorda inoltre che, in presenza di eventuali condanne penali con concessione dei benefici di legge summenzionati (sospensione condizionale della pena - non menzione), le stesse condanne dovranno comunque essere debitamente dichiarate all'Ente, in conformità alle previsioni di legge.

di non essere sottoposto a procedimento penale

oppure

di essere sottoposto a procedimento penale per _____ ii;

di non aver riportato condanne penali;

oppure

di aver riportato le seguenti condanne penali: _____ ii;

di non aver riportato sanzioni disciplinari che comportano l'impossibilità di esercitare la professione;

oppure

di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari che comportano l'impossibilità di esercitare la professione: _____ iii;

di non incorrere in uno dei casi di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs. 139/2005;

oppure

di incorrere nel seguente caso di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs. 139/2005:
_____ iii;

a) di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea in _____

Triennale, cl. _____ Specialistica, cl. _____ Magistrale, cl. _____ Vecchio ordinamento

conseguito presso l'Università di _____ in data _____

(indicare nome Istituto e Città)

b) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di:

Dottore Commercialista Esperto Contabile

in data _____ Sessione _____ anno _____

presso l'Università di _____

di aver versato la tassa per l'abilitazione all'esercizio professionale ai sensi dell'art. 20, comma 5 della L.R. n. 69/2012

di non esercitare, anche in via non prevalente, né abituale, nessuna delle attività incompatibili con la professione previste dall'art. 4 del D.Lgs. 139/2005 e dalle relative note interpretative del Consiglio Nazionale emanate il 1 marzo 2012

di essere lavoratore dipendente pubblico a tempo pieno e di svolgere la propria prestazione lavorativa presso _____ codice fiscale _____

di ricoprire una delle seguenti cariche: Amministratore Unico, Amministratore Delegato, Presidente del Consiglio di Amministrazione, Consigliere di Amministrazione, Liquidatore, ecc., della società _____ codice fiscale _____ e

di detenere una partecipazione del _____ % del capitale sociale della stessa

oppure

di **non** detenere alcuna partecipazione nella stessa né direttamente né indirettamente

(La partecipazione al capitale sociale realizzata tramite l'utilizzo del coniuge non legalmente separato o di parenti entro il 4° grado, prestanomi, fiduciari, società nazionali od estere riferibili all'iscritto all'albo o da lui controllate, di conviventi risultanti nello stato di famiglia ecc., rende incompatibile l'attività quando siano dimostrati e provati i rapporti giuridici di cui sopra e/o l'influenza dell'iscritto sui detti soggetti e l'interesse economico dello stesso).

di esercitare la seguente attività d'impresa, in nome proprio o altrui e, per proprio conto

- di svolgere la professione di notaio - iscrizione presso il Collegio Notarile di _____
- di svolgere attività di giornalista professionista - iscrizione presso l'Ordine dei Giornalisti di _____
- di essere iscritto all'Albo dei consulenti finanziari abilitati all'offerta fuori sede di _____
- di essere iscritto ad altro Albo professionale _____
- essere iscritto o essere stato iscritto ad altro ODCEC su territorio nazionale _____
- di essere iscritto nel Registro dei Revisori Legali al n. _____ G.U. n. _____ del _____

Dichiara, altresì, di aver preso visione dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 giugno 2005, n. 139 (Incompatibilità) e della casistica relativa alle attività non compatibili con lo svolgimento della professione riportata sul sito internet del CNDCEC.

A tal fine allega i seguenti documenti:

- ✓ attestazione del versamento di € 168,00 per tassa di concessione governativa C/C 8003 *(solo per l'iscrizione nell'albo)*;
- ✓ attestazione del versamento di € 400,00 per contributo di iscrizione⁽²⁾;
- ✓ attestazione del versamento di € 30,00 per rilascio sigillo (se richiesto)⁽³⁾;
- ✓ n. 2 fotografie formato tessera;
- ✓ fotocopia partita IVA (se presente);
- ✓ fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale;
- ✓ documento comprovante il domicilio professionale nel caso in cui la residenza fosse diversa dalla circoscrizione del Tribunale di Castrovillari.

Si autorizza:

Pubblicazione foto

si

no

Pubblicazione n. cellulare

si

no

Pubblicazione indirizzo residenza (in caso di assenza di indirizzo studio)

si

no

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere ogni comunicazione/notifica relativa alla presente procedura al seguente indirizzo: _____ o al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: _____.

In fede

Data _____

Firma _____

Con riferimento al Regolamento europeo (GDPR) 2016/679, successive integrazioni e disposizioni, per la protezione dei dati personali, il sottoscritto presta il proprio consenso a codesto Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti di Castrovillari, affinché questi provveda nello svolgimento delle sue funzioni istituzionali al trattamento dei dati personali sopra forniti e alle eventuali comunicazioni a terzi, consapevole che la mancata autorizzazione comporta l'impossibilità di accettazione della richiesta. Presto il consenso avendo preso visione dell'informativa in merito messa a disposizione dell'ufficio negli spazi pubblici e sul sito istituzionale e comunque avendo ricevuto adeguata informativa.

Data _____

Firma _____

² PagoPA al link <https://castrovillari.odcec.plugandpay.it/> – Pagamento Spontaneo – Sezione Servizi di Segreteria (Attività Istituzionale)

³ PagoPA al link <https://castrovillari.odcec.plugandpay.it/> – Pagamento Spontaneo – Sezione Servizi di Segreteria (Attività Istituzionale)

ALTRI DATI

Domicilio Professionale (solo se diverso da residenza)

Via _____ n. _____
 Città _____ prov. di _____ cap. _____
 Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____ Cell. _____ / _____
 E- mail _____ Pec _____

Studio

Via _____ n. _____
 Città _____ prov. di _____ cap. _____
 Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____ Cell. _____ / _____
 E- mail _____ Pec _____
 P.IVA _____

Iscrizione Cassa Previdenza _____ n. matricola _____ dal ____ / ____ / ____

Altre iscrizioni

Altri titoli di Studio

Esercizio professionale

si

no

- titolare
- associato
- collaboratore presso lo studio _____
- altro _____

Studio associato / STP

Denominazione _____
 Via _____ n. _____
 Città _____ prov. di _____ cap. _____
 Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____ Cell. _____ / _____
 E- mail _____ Pec _____
 codice fiscale/partita iva _____

Legale rappresentante

Cognome _____ Nome _____
 nato a _____ prov. di _____ il ____ / ____ / ____
 codice fiscale _____ partita iva _____
 iscritto all'Albo _____

Docente

- Università degli studi di _____ Facoltà di _____
 - Istituto _____ di _____
- Materia di insegnamento _____

Cariche pubbliche ricoperte

ⁱ Compilare solo in caso di reinscrizione

ⁱⁱ Barrare l'opzione che interessa.