

ODCEC DI AVELLINO - Circondario del Tribunale di AVELLINO

Verifica periodica della sussistenza dei requisiti di legge in capo agli iscritti

Decreto Legislativo 28 giugno 2005, n. 139, art. 12 lett. e)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____/_____/_____ residente a _____ Prov. _____
Via _____ Cap. _____, iscritto/a all'Ordine dei Dottori
Commercialisti e degli Esperti Contabili di Avellino dal _____ al n. _____

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 1 marzo 2012

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero:

- ☐ 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 dell'Ordine di Avellino;
- ☐ 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 amministrazione controllata;
- ☐ 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 alcun altro Albo/Elenco speciale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili istituito sul territorio nazionale;
- ☐ di non essere socio di alcuna Società tra Professionisti;
- ☐ di essere socio della Società tra Professionisti: _____;
- ☐ di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 4 dell'Ordinamento Professionale (D.Lgs. 28/06/2005 n. 139);
- ☐ di essere in possesso, ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. 07/08/2012 n.137, di polizza assicurativa per la responsabilità professionale; indicare estremi _____;
- ☐ di essere in possesso, ai sensi del D.Lgs. 29/11/2008 n. 185, del seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____;
- ☐ 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
