

Bollo: 16.00

**ISTANZA DI TRASFERIMENTO
DA ELENCO SPECIALE ALL'ALBO**

AL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI
MACERATA E CAMERINO
P.zza della Libertà, 23 (Palazzo Amici)
62100 MACERATA

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale: _____

partita IVA: _____

indirizzo e-mail: _____

indirizzo PEC _____

cellulare _____

Revisore Contabile _____

attualmente iscritto/a dal _____ al numero _____ A / Bⁱ, dell'Elenco Speciale tenuto
dal Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Macerata e Camerino

CHIEDE

Essendo decadute le cause di incompatibilità il trasferimento

nell'Albo Sez. A - Commercialisti

nell'Elenco Speciale Sez. B – Esperti Contabili

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.

DICHIARA

di essere:

- nato a _____ prov. (_____) il _____
- residente nel Comune di _____ prov. (_____) cap ____ alla
via _____ N. _____ tel. _____
- cittadino italiano, ovvero cittadino di uno Stato membro dell'Unione europea o di uno
stato estero a condizione di reciprocità;
- di godere del pieno esercizio dei diritti civili;
- di non essere sottoposto a procedimento penale

oppure

di essere sottoposto a procedimento penale per _____;

- di non aver riportato condanne penali (comprese quelle irrogate con decreto penale di condanna in caso di patteggiamento e le condanne per le quali sia stato concesso il beneficio della non menzione a norma dell'art. 175 c.p.);

oppure

di aver riportato le seguenti condanne penali (vanno indicate anche le condanne irrogate con decreto penale di condanna in caso di patteggiamento e le condanne per le quali sia stato concesso il beneficio della non menzione a norma dell'art. 175 c.p.): _____:

- 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: _____

- di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato;

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

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:

allegato 1

A tal fine allega i seguenti documenti:

1. *attestazione del versamento di € 168,00 per tassa di concessione governativa c/c 8003 codice 8617;*
2. *n. 1 foto formato tessera;*
3. *fotocopia di un documento valido;*
4. *marca da bollo di €. 16,00,*
5. *Copia informativa privacy firmata.*

Per la tassa annuale sentire la segreteria

RECAPITI STUDIO PROFESSIONALE PERSONALE:

- Via _____ n. _____ Città _____ cap _____
- Tel. _____ Fax _____
- E.mail _____

Macerata, li _____

Con osservanza

ⁱ Barrare l'opzione che interessa.