

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 _____

nato/a a _____ il _____, cittadinanza: _____

codice fiscale: _____

indirizzo e-mail: _____

indirizzo PEC _____

cellulare _____

Revisore Contabile _____

CHIEDE

l'iscrizione nell'Albo, sezione A B

l'iscrizione nell'Elenco speciale, sezione A B

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

- la propria RESIDENZA
- il proprio DOMICILIO PROFESSIONALE

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 responsabilità

DICHIARA

a) di godere del pieno esercizio dei diritti civili;

b) di essere residente in: _____

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

_____;

d) di non essere attualmente iscritto/a in altro Albo/Elenco dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili;

e) di essere stato iscritto nell'Albo/Elenco dell'Ordine/Collegio di _____
dal _____ al _____;

f) di non essere sottoposto a procedimento penale

oppure

di essere sottoposto a procedimento penale per _____;

g) 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.):

h) 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: _____;

i) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ presso _____;

j) di aver conseguito l'abilitazione in data _____ presso _____.

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

PAGAMENTI

- € 78,00 *tassa 1° iscrizione Albo*
- *Tassa annuale*

Vanno effettuati tramite la procedura *pagoPA* con accesso sul sito dell'Ordine

Si allegano i seguenti documenti:

1. *attestazione del versamento di € 168,00 per tassa di concessione governativa c/c 8003 codice 8617 (solo per l'iscrizione nell'albo);*
2. *n. 1 foto formato tessera;*
3. *n. 1 foto formato jpg da inviare via mail;*
4. *fotocopia tesserino codice fiscale;*
5. *fotocopia di un documento valido;*
6. *marca da bollo di €. 16,00,*
7. *copia informativa privacy firmata*
8. *Ricevuta tassa di abilitazione regionale*

RECAPITI STUDIO PROFESSIONALE PERSONALE:

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

Macerata, lì _____

Con osservanza
