



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
DI ASCOLI PICENO

Mod. RA Rev. 2

**ALBO - VERIFICA PERIODICA REQUISITI DI LEGGE
ALBO- REVISIONE ALBO ED ELENCO SPECIALE
D. Lgs 139/2005 art. 12 c. 1 lett. e), art. 34 co. 2**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

- DI NON SUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' CON L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO CONTABILE
- DI CORRETTO ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO CONTABILE
- DI ESSERE DI CONDOTTA IRREPREENSIBILE (art. 36 c. 1 lett. c) e c. 2)

Il sottoscritto _____ nato/a _____ Prov (___), il
_____ residente a _____ in Via _____ n. _____
iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ascoli Piceno dal

PREMESSO

- **di aver preso attentamente visione e cognizione:**
 - a) dell'art. 4 del D. Lgs 28 giugno 2005 n. 139;
 - b) delle note interpretative del 13/10/2010 e del 01/03/2012 del Consiglio Nazionale, nonché dei successivi chiarimenti per interpello (Pronto Ordini) sulla disciplina delle incompatibilità di cui all'art. 4 del D. Lgs 28 giugno 2005 n. 139;
 - c) dell'art. 36 c. 1 lett. c) e c. 2 del D. Lgs 28 giugno 2005 n. 139;

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 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:

1. **di non trovarsi, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'Ordinamento ed indicate nei precedenti punti a), b) e c);**
2. **di non essere interdetto, inabilitato, né fallito e di non avere carichi pendenti (*);**



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
DI ASCOLI PICENO

Mod. RA Rev. 2

3. di non avere in corso procedure concorsuali e che non sono state pronunciate sentenze dichiarative di fallimento, di interdizione o inabilitazione non ancora annotate.
4. di aver sottoscritto polizza assicurativa professionale con la Compagnia _____ Agenzia di _____.
5. di possedere e aver comunicato agli Organi/Enti competenti la seguente casella PEC _____

(*) oppure di avere i seguenti carichi pendenti presso.....

ALBO- REVISIONE ALBO ED ELENCO SPECIALE
(Art. 34, co. 2 Dlgs 139/2005)

Si comunica che il sottoscritto ha variato:

- INDIRIZZO RESIDENZA: _____
- INDIRIZZO STUDIO: _____
- RECAPITI TELEFONICI/MAIL/PEC: _____

L'Ordine si riserva la facoltà di verificare i dati autocertificati mediante procedure e/o tecniche di campionamento.

La mancata o incompleta compilazione del presente modello potrà comportare illecito disciplinare ai sensi del vigente D.Lgs. 139/2005.

Data _____

Firma di autocertificazione

.....

- Allegato documento di riconoscimento in corso di validità

Informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR n. 679/2016:

i dati personali sopra riportati sono raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per la valutazione delle incompatibilità, per la quale la presente dichiarazione sostitutiva viene resa, nei modi e nei limiti necessari per ottenere la predetta valutazione.

Corso Mazzini, 151 – 63100 Ascoli Piceno – Tel. e Fax 0736/261994 – 257323 Codice fiscale 92045280440

Email: segreteria@odcecascolipiceno.it

Pec: ordine.ascolipiceno@pec.commercialsti.it