

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ C.F. _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa, visti:

- le responsabilità penali in cui potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del succitato decreto;
- l'art. 4 del D.Lgs. 139/05 e l'Informativa CNDCEC n. 26/2012 che disciplinano le incompatibilità con l'esercizio della professione;
- l'art. 35 del D.Lgs. 139/05 in materia di divieto di iscrizione in più Albi, Sezioni ed elenchi;
- l'art. 36 c.1 e 2 del D.Lgs. 139/05 che detta i requisiti per l'iscrizione nell'Albo e nell'Elenco Speciale,

dichiara

- a. di essere cittadino italiano, ovvero cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea o di uno Stato Estero a condizioni di reciprocità,
- b. di godere il pieno esercizio dei diritti civili,
- c. di essere di condotta irreprensibile,
- d. di non essere, allo stato, iscritto nel registro dei protesti,
- e. di avere la residenza o il domicilio professionale nella circoscrizione del Tribunale di Rovigo;
- f. di non essere iscritto, né di avere presentato domanda di iscrizione nelle sezioni A o B dell'Albo o dell'Elenco Speciale dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di altra provincia,

dichiara quanto segue

Indirizzo di Residenza

Via _____ n. _____
CAP _____ Città _____ PR(_____)

Indirizzo di Studio

Via _____ n. _____
CAP _____ Città _____ PR(_____)

inoltre dichiara di

esercitare l'attività professionale

non esercitare l'attività professionale
(neanche occasionalmente ed in nessuna forma)

aver stipulato Polizza Assicurativa ai sensi dell'art. 5 DPR 137/2012 in via personale una polizza RC professionale con la Compagnia Assicurativa _____ nr. _____ con scadenza _____;

aver stipulato Polizza Assicurativa in forma collettiva attraverso lo Studio _____ polizza RC professionale con la Compagnia Assicurativa _____ nr. _____ con scadenza _____;

non aver stipulato una Polizza Assicurativa ai sensi dell'art. 5 DPR 137/2012, in quanto non titolare di incarichi diretti con la clientela

non aver stipulato una Polizza Assicurativa ai sensi dell'art. 5 DPR 137/2012
indicare la motivazione _____

non essere dipendente

essere dipendente presso _____
(indicare i dati del datore di lavoro)

non avere riportato condanne penali

avere riportato le seguenti condanne penali _____
(indicare gli estremi delle relative sentenze)

non svolgere attività incompatibili ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 139/05

svolgere la seguente attività incompatibile ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 139/2005

svolgere gli adempimenti in materia di antiriciclaggio (D.Lgs. 109/2007, 231/2007 e 90/2017, norme di attuazione, integrazioni e modifiche)

non svolgere gli adempimenti della normativa antiriciclaggio (D.Lgs. 109/2007, 231/2007 e 90/2017, norme di attuazione, integrazioni e modifiche)

non svolgere gli adempimenti della normativa antiriciclaggio (D.Lgs. 109/2007, 231/2007 e 90/2017, norme di attuazione, integrazioni e modifiche) in quanto

Luogo e data _____

Firma _____

In allegato: copia documento di riconoscimento in corso di validità.