**AUTOCERTIFICAZIONE DATI ANAGRAFICI PER LA REVISIONE DELL’ALBO 2019**

1. **Dati anagrafici**:

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Provincia nascita \_\_\_\_\_ Comune nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazione nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Dati residenziali:**

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso (o altre indicazioni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Domicilio professionale e contatti:**

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presso (o altre indicazioni) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ufficio 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. ufficio 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Altri contatti** (obbligatori):

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo PEC\*[[1]](#footnote-1) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Dati Relativi all’Iscrizione all’Albo:**

Titolo Professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. Iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  | **6) Dati relativi alla Cassa:**Tipo Cassa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_ data Iscrizione \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **[ ] Iscritto al Registro Revisori Legali:**

Num. Iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ D.M. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Gazzetta n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**8) Dati relativi alla polizza professionale:**

Compagnia Assicurativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n° polizza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

massimale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

valida dal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

DI NON SUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA’ CON

L’ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto all’Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Brindisi dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***PREMESSO***

**di aver preso attentamente visione e cognizione:**

**a)** dell’art. 4 del Decreto Legislativo 28.06.2005 n. 139;

**b)** del procedimento per la valutazione delle incompatibilità approvato con Decreto emesso dal Direttore Generale della Giustizia Civile in data 18 luglio 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 172 del 26 luglio 2003 (qui di seguito “procedimento”);

**c)** della documentazione approvata dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti con delibera 907/2002 e contenente principi e criteri informatori, casi e circolare di riferimento ed indirizzo (qui di seguito “documentazione”).

***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 non trovarsi alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall’Ordinamento, dal procedimento e dalla documentazione;

Data, ………………………………………… Firma di autocertificazione

Si Allega copia del documento di identità.**TUTELA DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del documento contenente le informazioni ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679, prodottomi dall'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Brindisi, e conferma la piena conoscenza delle indicazioni quivi contenute, con particolare riguardo alle finalità e alle modalità del trattamento specificate, nonché dei soggetti a cui i tali dati possono essere comunicati e/o trasferiti.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il sottoscritto, esaminato il documento contenente le informazioni ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679, prodottomi dall'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Brindisi, nella consapevolezza che il proprio consenso è puramente facoltativo oltre che revocabile in qualsiasi momento,

 PRESTA IL CONSENSO NEGA IL CONSENSO

al trattamento di categorie particolari di dati personali (es. dati sanitari, certificati medici, auto-certificati di nascita del figlio/figlia), per la richiesta di esonero dagli obblighi formativi

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ***Comunicare la propria PEC all’Ordine è un obbligo previsto dalla legge.*** [↑](#footnote-ref-1)