

**DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
ALBO – SEZIONE "A" COMMERCIALISTI**

Marca da Bollo
€ 16.00

Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili
Via Eurialo, 7
91100 Trapani

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il
_____, codice fiscale: _____, partita IVA _____

CHIEDE

La reiscrizione nell'Albo dei dottori commercialisti e degli esperti contabili sez. A Commercialisti.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- a) ☐ di essere cittadino italiano;
☐ di essere cittadino di uno Stato membro dell'Unione europea
☐ di essere cittadino di uno Stato estero a condizione di reciprocità;
- b) di godere il pieno esercizio dei diritti civili;
- c) di essere di condotta irreprensibile;
- d) di avere:
la residenza in: _____, cap _____ Via _____ n. ____;
tel. _____, cell. _____;
il domicilio professionale in _____, cap _____ Via _____
n. ____; tel. _____, fax _____;
- e) di non aver riportato, con sentenza definitiva, condanne a pene che, a norma dell'ordinamento professionale D.Lgs.139/2005, danno luogo alla radiazione dall'Albo;
- f) di non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di prevenzione, di decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- g) ☐ di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

- h) l'insussistenza di motivi di incompatibilità con l'esercizio della professione ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs.vo n. 139/2005;
- i) di essere in possesso della laurea in _____ (classe _____), conseguita presso l'Università _____ in data _____, voto _____;
- j) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di dottore/ragioniere commercialista presso l'Università degli Studi/Collegio dei Ragionieri di _____ nella sessione _____.
- k) di essere stato iscritto nell'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di _____ dal _____ al _____;
- l) di essere titolare del seguente indirizzo di posta elettronica certificata _____.
- m) ☐ di essere titolare della polizza assicurativa RC Professionale num. _____ sottoscritta in data _____ con la seguente compagnia _____
- n) ☐ di non essere titolare della polizza assicurativa RC Professionale perchè al momento non esercito la professione e di impegnarsi alla stipula e repentina comunicazione all'Ordine all'avvio dell'attività professionale
- o) ☐ di non essere iscritto/a
☐ essere iscritto/a
nel Registro dei Revisori Legali D.M. del _____ G.U. n. _____ del ____ / ____ / _____
al n. _____;

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003, modificato dal D.Lgs. 101/20, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il/La sottoscritto/a si obbliga a comunicare le variazioni di residenza e/o di domicilio professionale nonché l'insorgenza di cause di incompatibilità all'esercizio della professione.

A tal fine allega i seguenti documenti:

1. attestazione del versamento di € 168,00 per **tassa di concessione governativa** effettuata sul c/c/p n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Tasse Concessioni Governative;
2. **Quota annuale** secondo i seguenti parametri:
 - **€ 290,00 per i nati dal 1° Gennaio 1987****oppure**
 - **€ 400,00 per i nati prima del 1987;**
 - € 35,00 per tassa rilascio sigillo;
 - € 20,00 per tassa rilascio tesserino professionale.

Effettuare il versamento delle tasse attraverso il sito dell'Ordine.

- Accedere al sito istituzionale dell'Ordine www.odcetrapani.it
- Entrare nell'area riservata (se non si è registrati, registrarsi)
- In fondo, a destra cliccare su "Pagamenti spontanei"
- Selezionare la voce che interessa cliccando "Paga ora" e procedere al pagamento

3. modulo richiesta tesserino professionale e n. 1 foto digitale formato .jpg. La foto deve essere nominata con il codice fiscale seguito dall'acronimo .Jpeg;
4. modulo richiesta sigillo;
5. fotocopia codice fiscale;
6. fotocopia di valido documento di riconoscimento;
7. fotocopia partita Iva ☐ sì ☐ no
8. informativa sulla privacy;
9. dichiarazione solenne;

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere le comunicazioni al seguente indirizzo di posta elettronica:

_____.

Trapani li, _____

In fede

(Firma) _____

All'Ordine dei Dottori Commercialisti e
degli Esperti Contabili di

TRAPANI

RICHIESTA DI CONCESSIONE IN USO DEL SIGILLO PERSONALE IDENTIFICATIVO

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ iscritto al N. _____ Sez. _____ dell'Albo tenuto da
Codesto Ordine Professionale Territoriale, chiede la concessione in uso del sigillo personale identificativo.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità dichiara:

- a) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità con l'esercizio della professione previste dall'Ordinamento Professionale e dal Codice Deontologico;
- b) di conoscere, accettare ed osservare incondizionatamente le norme previste dal Regolamento, in materia, emanato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili;
- c) di restituire immediatamente il sigillo qualora insorgano condizioni di incompatibilità, sospensione, decadenza o cancellazione e, comunque, a semplice richiesta del Consiglio dell'Ordine nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali;

Contestualmente versa nelle casse dell'Ordine la somma di €. 35,00 a titolo di rimborso spese* sostenute per la realizzazione del sigillo.

Trapani, _____

*Effettuare il versamento dei diritti di segreteria attraverso il sito dell'ODCEC di Trapani.

- Accedere al sito istituzionale dell'Ordine www.odcetrapani.it
- Entrare nell'area riservata (se non si è registrati, registrarsi)
- In fondo, a destra cliccare su "Pagamenti spontanei"
- Selezionare la voce che interessa cliccando "Paga ora" e procedere al pagamento

RICHIESTA RILASCIO TESSERINO PROFESSIONALE

Spett.le Ordine
dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili
Via Eurialo, 7

91100 TRAPANI

Il/La sottoscritto/a _____
iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trapani al
n. ____/____ dal _____ consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è
punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

CHIEDE

- Il rilascio del tesserino professionale
- Il rilascio del duplicato del tesserino professionale per
 - smarrimento
 - furto

e tal fine

SI IMPEGNA

sotto la propria responsabilità a restituire immediatamente il tesserino qualora insorgano
condizioni di incompatibilità, sospensione, decadenza o cancellazione.

Trapani _____

Firma del dichiarante

Allegati:

- foto tessera digitale professionale;
- fotocopia della denuncia di smarrimento;
- quietanza di pagamento PagoPa di € 20,00 per diritti di segreteria

Effettuare il versamento dei diritti di segreteria attraverso il sito dell'ODCEC di Trapani

Accedere al sito istituzionale dell'Ordine www.odcetrapani.it

1. Entrare nell'area riservata (se non si è registrati, registrarsi)
2. In fondo, a destra cliccare su "Pagamenti spontanei"
3. Selezionare la voce che interessa cliccando "Paga ora" e procedere al pagamento

DICHIARAZIONE SOLENNE

Al mio Ordine di appartenenza, agli Organi di categoria e al Consesso degli iscritti

All'atto dell'accoglimento della mia domanda di iscrizione presso questo Ordine di cui accetto l'ordinamento, consapevole dell'importanza dell'atto che compio,

mi impegno

ad informare l'esercizio di ogni atto della mia professione secondo i principi del Codice Deontologico;

ad agire sempre con integrità, obiettività, competenza, indipendenza, riservatezza;

a rispettare, agendo sempre con lealtà e sincerità, i colleghi, i dipendenti, i praticanti e le istituzioni di categoria anche con la mia personale collaborazione e partecipazione;

ad astenermi dal perseguimento di utilità indebite;

a non ledere l'interesse pubblico agendo sempre con probità e promuovendo l'osservanza delle leggi;

ad adottare sempre un comportamento, anche nella vita privata, che non rechi pregiudizio al decoro ed al prestigio della Professione, astenendomi anche da ogni atteggiamento, relazione e dichiarazione che ne possano indurre il dubbio.

Trapani, lì

In fede.

Formula di acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali

Luogo _____ Data _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003, e consapevole che il trattamento può riguardare anche i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. D

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma leggibile _____

- presta il suo consenso per la comunicazione /diffusione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Firma leggibile _____

- presta il suo consenso alla pubblicazione della propria foto.

Firma leggibile _____

- presta il suo consenso per la pubblicazione della PEC sul sito dell'Ordine

Firma leggibile _____

- presta il suo consenso per la pubblicazione dell'indirizzo mail sul sito dell'Ordine.

Firma leggibile _____

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTE DEGLI ESPERTI CONTABILI
DI TRAPANI

Gentile Dott./Gentile Dott.ssa

.....

Vian.

.....

TRAPANI,

OGGETTO: Informativa resa al momento della raccolta. Regolamento UE 679/2016, art. 13

Egr. Dott./Gentile Dott.ssa,

con riferimento alla legge in oggetto, desideriamo informarla che la citata norma garantisce che il trattamento dei dati personali da Lei conferiti avvenga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone fisiche, con particolare attenzione alla riservatezza ed all'identità personale.

I dati in questione da Lei forniti sono i seguenti:

- Dati anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita, domicilio, residenza)
- Cittadinanza
- Laurea/abilitazione
- Codice Fiscale
- Telefono/Fax/e-mail/SitoWeb
- autocertificazione di diritti civili

I dati personali comunicati dall'interessato e trattati dall'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trapani normalmente non rientrano in "particolari categorie di dati" (i c.d. ex "dati sensibili") o "dati giudiziari" (dati relativi a condanne penali o reati ai sensi dell'art. 10 del GDPR), ad eccezione di alcuni dati relativi allo stato di salute (ad es. per l'esenzione dagli obblighi di formazione) e giudiziari (es. posizione del casellario giudiziario al momento dell'iscrizione all'Ordine, e successivamente, pratiche del Consiglio di Disciplina). In questi casi viene richiesto esplicito consenso all'interessato per poter trattare tali tipologie di dati.

Titolare del trattamento è l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trapani (Via Euriolo 7, 91100 Trapani - Tel: 0923 21264 - e-mail: info@odcctrapani.it - PEC: ordine@pec.odcctrapani.it);

Finalità di trattamento dei dati personali

I dati personali dei Dottori Commercialisti, Ragionieri Commercialisti ed Esperti Contabili iscritti all'Albo dell'Ordine di Trapani, nonché quelli appartenenti all'Elenco Speciale, e al Registro dei Praticanti, vengono trattati per fini istituzionali, per gestire tutte le attività inerenti la gestione dell'Albo e del Registro dei Praticanti ed i servizi connessi, disciplinati da norme di legge e regolamenti interni.

I medesimi dati personali dell'iscritto vengono anche trattati per legittimo interesse del Titolare per:

- a) inviare le informazioni sui servizi forniti dall'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trapani, che possono essere ritenute di interesse per gli iscritti ed altri soggetti interessati, quali ad esempio eventi formativi ed informativi, notizie di aggiornamento professionale, comunicati stampa, ecc.;
 - b) inviare newsletter e comunicazioni su corsi ed eventi formativi a pagamento organizzati dall'ODCEC di Trapani - o da suoi Partner;
 - c) gestire le attività delle Commissioni, anche qualora vi partecipino soggetti non iscritti all'ODCEC di Trapani;
 - d) verificare la qualità dei servizi offerti, preferibilmente in forma anonima;
 - e) promuovere sondaggi d'opinione fra gli iscritti su tematiche di interesse professionale, anche ricorrendo a piattaforme internet di terzi;
 - f) tutela del credito (ad es. in caso di mancato pagamento della quota di iscrizione).
- Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per poter richiedere l'iscrizione all'Albo. L'utilizzo dei medesimi dati personali dell'iscritto all'Albo per le finalità di cui ai punti a) ÷ e) può essere negato dall'iscritto.

Conservazione

I dati personali del richiedente l'iscrizione all'Albo verranno conservati e mantenuti aggiornati per tutto il tempo durante il quale l'interessato resterà iscritto all'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Trapani ed anche oltre la sua cancellazione o in caso di mancata iscrizione per qualsivoglia motivo, per adempiere a requisiti normativi e/o per legittimo interesse del Titolare.

Comunicazione e diffusione

I dati personali comunicati dal richiedente l'iscrizione all'Albo saranno trattati esclusivamente da personale autorizzato appartenente alla struttura Organizzativa dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trapani (personale dipendenti, collaboratori, membri del Consiglio dell'Ordine, ecc.), ma potranno essere comunicati a terzi per adempiere ad obblighi istituzionali e per espletare le finalità suddette. Alcuni dati personali sono destinati alla pubblicazione sull'Albo per obblighi di legge.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi degli articoli del Regolamento UE 679/2016 (consultabile al sito www.garanteprivacy.it):

- Art. 15 "Diritti di accesso dell'interessato": diritto di conoscere quali dati personali sono trattati dal Titolare;
- Art. 16 "Diritto di rettifica": diritto a richiedere la modifica dei propri dati personali, qualora siano inesatti o incompleti;
- Art. 17 "Diritto alla cancellazione": diritto a richiedere la cancellazione dei propri dati personali, laddove non esistano obblighi di legge contrari;
- Art. 18 "Diritto di limitazione di trattamento": diritto a limitare il trattamento solo per determinate finalità e per periodi di tempo limitati;
- Art. 20 "Diritto alla portabilità": diritto di ottenere dal Titolare, in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali che lo riguardano per poterli trasmettere a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte dell'ODCEC.

L'Informativa completa sul trattamento dei dati personali da parte dell'ODCEC è consultabile sul sito www.odcectrapani.it.

La preghiamo di sottoscrivere la presente in segno di ricevuta, accettazione e consenso espresso riguardo al suo contenuto.

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO
f.to IL PRESIDENTE
(Dott. Gildo La Barbera)

CONSENSO:

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa, mediante apposizione della propria firma in calce alla presente dichiara di essere stato/a informato/a, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di avere accettato quanto in essa contenuto, acconsentendo espressamente al trattamento dei propri personali, ivi compresi quelli di tipo particolare (ai sensi art. 9 del Regolamento UE 679/2016) ed a carattere giudiziario (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/2016), secondo la normativa citata; acconsente inoltre esplicitamente alla comunicazione ed alla diffusione dei dati personali sopra indicati, come indicato nell'informativa.

In fede.

FIRMA DELL'INTERESSATO/A