

**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:
 - **€ 240,00 per i nati dal 1° Gennaio 1986****oppure**
 - **€ 350,00 per i nati prima del 1986;**
 - € 35,00 per tassa rilascio sigillo;
 - € 20,00 per tassa rilascio tesserino professionale.

Effettuare il versamento delle tasse attraverso il [portale PagoPa dell'ODCEC Trapani](#), selezionando pagamento spontaneo, servizi di segreteria e la tariffa prevista e allegare la ricevuta IUV (quietanza di pagamento PagoPa).

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 si 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 lì, _____

In fede

(Firma) _____