

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e Art. 15 Legge 183 del 12.11.2011) Ai sensi del DM8 febbraio 2013, n. 34 (GU n. 81 del 06.04.2013)

Dichiarazione dei Soci STP

Ai sensi della Check List per la Procedura di Iscrizione all'Albo delle STP di cui al Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10, comma 10, della Legge 12 novembre 2011, n. 183, ai fini della verifica da parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dell'osservanza delle disposizioni contenute nel DM 8 febbraio 2013, n. 34 (GU n. 81 del 06.04.2013) e nella Legge 12 novembre, n. 183,

Il/la sottoscritto/a _____

nato/aa _____ il _____

residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

nella sua qualità di _____

(indicare se Legale Rappresentante, Socio Professionista con relativa qualifica e iscrizione all'Albo Professionale, Socio Non Professionista per finalità di investimento. Per le società semplici: Socio Professionista Amministratore della Società) della Società Tra Professionisti denominata

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U.-DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

DICHIARA

di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [] e/o degli Odontoiatri [] della Provincia di _____;

di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non essere socio (professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento) di altre società tra professionisti anche di natura multidisciplinare;

di non essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;

di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali; di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

di avere riportato condanne penali;

(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).

di godere dei diritti civili;

di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

di non essere mai stato iscritto negli albi professionali di altro ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando)

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data _____

(*)FIRMA _____

- INVIO x POSTA/Fax/e-mail ecc ... (Allegare FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO d'identità -ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO