

Marca da bollo

€uro 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DELLE STP

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003.

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 211/1950 e dal D. Lgs. 196/2003.

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ C.F. _____, legale rappresentante della
Società tra Professionisti denominata _____,
con sede legale in _____ via
_____ (indicare se presenti anche le sedi secondarie)

iscritta al registro delle imprese di _____ al nr. _____ dal
_____, avente come oggetto sociale

_____, chiede a codesto
Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, di
iscrivere detta società nella Sezione Speciale dell'Albo di Firenze.

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato*:

1. atto costitutivo e statuto della società in copia autenticata o *nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società*;
2. elenco nominativo:
 - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei soci iscritti all'Albo;
 - c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
3. certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
4. certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
5. dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34.
6. Ricevuta del versamento "tassa concessione governativa" di 168,00 € sul c/c postale n. 8003 – Codice 8617.

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio, telefono, indirizzo e-mail e indirizzo PEC.

Firma

Data

**Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli art. 46 e 47."*

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

Sottoscrittore identificato a mezzo di

_____ ha sottoscritto in sua
presenza l'istanza.

Data _____

Firma _____

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

Promemoria per la compilazione della domanda di iscrizione:

La domanda di iscrizione deve contenere i seguenti dati e/o allegati:

- PROVINCIA ISCRIZIONE
- NUMERO E DATA ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DEL REGISTRO DELLE IMPRESE
- RAGIONE SOCIALE
- SEDE LEGALE
- ALTRE SEDI SECONDARIE
- LEGALE RAPPRESENTANTE
- SOCI PROFESSIONISTI
- SOCI PER FINALITA' DI INVESTIMENTO
- OGGETTO ATTIVITA' PROFESSIONALE PREVALENTE
- ALTRE ATTIVITA' PROFESSIONALI RICOMPRESE NELL'OGGETTO

Dichiarazione di insussistenza di cause di Incompatibilità (art. 6)	
1	I soci professionisti sono in regola con il pagamento dei contributi previdenziali
2	I soci per finalità di investimento: a sono in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale* cui la società è iscritta ai sensi dell'articolo 8 del DM 8 febbraio 2013, nr. 34 <i>1. certificato del casellario giudiziario pulito;</i> <i>2. certificato attestante la buona condotta morale e civile (dichiarazione possesso requisiti di onorabilità);</i> <i>3. certificato attestante il godimento dei diritti civili;</i> <i>4. non aver riportato condanna penale che, a norma della legge 12/1979 comporta la radiazione dall'albo, salvo quanto stabilito dall'articolo 38 della stessa legge.</i>
3	Il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale dei professionisti è tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci, sia per quote che per teste* <i>*art. 10, comma 4, L. 12 novembre 2011, n. 183</i>
La domanda di iscrizione (art. 9)	
4	La richiesta di iscrizione alla sezione speciale del registro delle imprese è stata prodotta da chi ha la rappresentanza della società
5	La sede legale della società tra professionisti coincide con la provincia del Consiglio dell'Ordine a è stato allegato l'atto costitutivo e lo statuto della società in copia autenticata b è stato allegato il certificato di iscrizione alla sezione speciale del registro delle imprese c è stato allegato il certificato di iscrizione all'albo, elenco o registro dei soci professionisti che non sono iscritti presso l'Ordine o il collegio cui è rivolta la domanda
6	nel caso di società tra professionisti costituita nella forma della società semplice è stata allegata, in luogo dell'atto costitutivo e lo statuto, una dichiarazione autenticata del socio professionista cui spetta l'amministrazione della società

ORDINE PROVINCIALE DI FIRENZE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
SOCI PROFESSIONISTI**

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [] e/o degli Odontoiatri [] della Provincia di al n.;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi previdenziali;
- 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;
- I_ sottoscritt_ , altresì, dichiara 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 E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data Firma

INVIO per 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

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del: Sig./Sig.ra _____

(Timbro e firma del funzionario)

ORDINE PROVINCIALE DI FIRENZE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – PERSONE FISICHE

▪ SOCI NON PROFESSIONISTI PER FINALITÀ DI INVESTIMENTO

▪ SOCI NON PROFESSIONISTI PER PRESTAZIONI TECNICHE

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- di **non essere** stato cancellato dall'Albo professionale 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 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 versare** in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non partecipare ad altre Società Tra Professionisti;
- di **non aver** riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;
- di **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D.Lgs.n. 159 del 2011 (misure personali: foglio di via obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);

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

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

Data Firma

INVIO per 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

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del: Sig./Sig.ra _____

(Timbro e firma del funzionario)