

DOMANDA DI ISCRIZIONE
ALL'ALBO O ALL'ELENCO SPECIALE

MARCA DA BOLLO
DA EURO 14,82

Spett.le
CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI ED ESPERTI
CONTABILI DI AOSTA
Via Porta Pretoria, 41
11100 AOSTA AO

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via/Fraz _____

Tel. _____, C.F. _____

cittadino Italiano, avendo conseguito l'abilitazione all'esercizio della Professione di Dottore Commercialista presso l'Università di _____, con la presente,

CHIEDE

l'iscrizione:

- all'Albo dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili
 all'Elenco Speciale

e dichiara:

- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 3 dell'Ordinamento Professionale (D.P.R. 27/10/1953, n. 1067);
 di non essere iscritto in nessun Albo Professionale;
 di essere iscritto nell'Albo di _____ dal _____

Il Sottoscritto si obbliga a comunicare eventuali variazioni anagrafiche e l'insorgenza di cause di incompatibilità all'esercizio della Professione, a rispettare le "Norme di Deontologia Professionale" approvate dall'Ordine di Aosta il 04/06/1996 ed a tenere condotta irreprensibile.

Con i migliori saluti.

Data _____

Firma _____

* Nota: D.P.R. del 27/10/1953
INCOMPATIBILITA'

L'esercizio della Professione di Dottore Commercialista è incompatibile con l'esercizio della professione di Notaio, con l'esercizio del commercio in nome proprio o in nome altrui, con la qualità di ministro di qualunque culto, il giornalista professionista, di mediatore, di agente di cambio, di esattore dei pubblici tributi e di incaricato di gestioni esattoriali.
L'iscrizione all'Albo non è consentita agli impiegati dello Stato e delle Pubbliche Amministrazioni, ai quali, secondo gli ordinamenti loro applicabili, sia vietato l'esercizio della libera Professione.

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI PER LA CIRCOSCRIZIONE DI AOSTA

SCHEDA INFORMATIVA

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ prov. di _____

il ____/____/____ codice fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____

Partita IVA _____

Residenza anagrafica: Via/Fraz _____ n. _____ cap _____

Città _____ prov. di _____

Telefono ____/____/____ fax ____/____/____

Indirizzo dello Studio: Via/Fraz _____ n. _____ cap _____

Città _____ prov. di _____

Telefono ____/____/____ fax ____/____/____

E-mail _____

Eventuale provenienza dall'Ordine di _____
iscritto dal _____

Titolo di studio:

• Laurea in _____
conseguita presso l'Università di _____
il ____/____/____, votazione ____/110

• Abilitazione presso la Facoltà di _____ conseguita
nella sessione _____

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI PER LA CIRCOSCRIZIONE DI AOSTA

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
DA REDIGERE IN CARTA SEMPLICE

Il Sottoscritto _____,
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 26 della Legge 4.1.1968, n. 15, sulla
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, così come
richiamato dall'art. 6, comma 2, del D.P.R. 403/1998,

DICHIARA

1. di essere nato a _____ il ____/____/____;
2. di essere residente in _____ Via/Fraz _____
_____ n. _____;
3. di essere cittadino italiano;
4. di essere in possesso dei diritti civili e politici secondo le risultanze del comune di
_____;
5. di essere laureato in _____ presso la Facoltà
di _____, in data _____,
convotazione ____/110;
6. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della Professione di Dottore
Commercialista presso la Facoltà di _____ nella
sessione _____;
7. di non aver riportato condanne penali.

Il Dichiarante

(data)

N.B. Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità