

Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili

Circoscrizione del Tribunale di Trani

Domanda di iscrizione per trasferimento - Albo Professionale

le domande devono essere presentate dagli interessati

- N. 1 fotografia;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione di Abilitazione alla Professione;
- Marca da bollo da € 16,00 da apporre sulla domanda allegata;
- Attestazione del versamento di € 168,00 versato sul c/c postale n. 8003 Ag. Entrate c.op.vo Pescara Tasse e Concessioni Governative;
- Attestazione del versamento della tassa di iscrizione di € 130,00 su Banca di Andria di Credito Coop. S.C.A.R.L. - IBAN IT12 T071 0141 3400 0000 0003 702 intestato all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili per pagamento quota di prima iscrizione;
- Attestazione pagamento della quota annuale di € 330,00 ovvero € 140,00 solo per gli iscritti con età inferiore a 36 anni, su Banca di Andria di Credito Coop. S.C.A.R.L. - IBAN IT12 T071 0141 3400 0000 0003 702 intestato all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili;
- Autocertificazione dei diritti civili da cui risulti che il richiedente non sia né interdetto, né inabilitato, né fallito (all. 1);
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali. (All. 2);

Per coloro che si trovano nelle situazioni di cui all'art. 4, comma 3, del D.Lgs. 139/05 (ad esempio insegnanti, dipendenti pubblici, ecc.), è consentita l'iscrizione all'Albo a condizione che sia prodotta in allegato alla domanda una specifica dichiarazione dell'Istituto o dell'Ente dalla quale risulti che il regolamento o l'ordinamento dello stesso consenta l'iscrizione all'Albo Professionale e, se necessaria, sia rilasciata l'eventuale autorizzazione; in caso contrario e comunque possibile l'iscrizione nell'Elenco speciale.

Marca da Bollo da
€ 16.00

Spettabile
**Consiglio dell'Ordine dei Dottori
Commercialisti e degli Esperti Contabili di**

e.p.c.
(Ordine di provenienza)

Spettabile
**Consiglio dell'Ordine dei Dottori
Commercialisti e degli Esperti Contabili di**

Il sottoscritto _____
nato/a a _____ il _____, cittadinanza _____
C.F. _____ P.Iva _____ Cell _____
Tel/Fax _____ mail _____
PEC _____ attualmente iscritto/a nell'Albo
Professionale, Sez _____ dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di
_____ dal _____

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo Professionale

sezione A

sezione B

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel DPR n. 445/2000 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze pensali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- a) di godere del pieno esercizio dei diritti civili;
- b) di essere residente in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____ Via _____ n. _____
- c) di avere il domicilio professionale in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____ Via _____ n. _____

- d) di essere attualmente iscritto/a nell'Albo Professionale Sez _____, dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di _____;
- e) di essere stato iscritto/a nell'Albo Professionale dell'Ordine di _____ dal _____ al _____;
- f) di non essere sottoposto a procedimento penale
oppure
 di essere sottoposto a procedimento penale per _____;
- g) di non aver riportato condanne penali;
oppure
 di aver riportato le seguenti condanne penali: _____;
- h) di non aver riportato sanzioni disciplinari che comportano l'impossibilità di esercitare la professione;
oppure
 di aver riportato sanzioni disciplinari che comportano l'impossibilità di esercitare la professione:
_____;
- i) di non incorrere in uno dei casi di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.lgs 28 giugno 2005, n. 139;
- j) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ presso _____
- k) di aver conseguito l'abilitazione in data _____ presso _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di voler ricevere la corrispondenza al seguente indirizzo:

Studio _____ Via _____
CAP _____ Città _____ (Prov. _____) Tel.: _____ Fax: _____
E-mail _____.

Il sottoscritto si obbliga a comunicare tempestivamente al Consiglio dell'Ordine ogni variazione ai dati sopra riportati e l'insorgenza di cause di incompatibilità all'esercizio della professione.

Con riferimento al D.lgs 196/2003 (consenso ai sensi dell'art. 13) autorizzo l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trani al trattamento dei dati acquisiti per finalità e modalità meramente istituzionali con la possibilità di trasmettere indirizzario per manifestazioni di interesse professionale.

Allo scopo allega i seguenti documenti:

- n. 1 fotografia;
- fotocopia del codice fiscale;
- fotocopia di un documento di identità;

- Attestazione del versamento di € 168,00 versato sul c/c postale n. 8003 Ag.Entrate c.op.vo Pescara Tasse e Concessioni Governative;
- Attestazione del versamento della tassa di iscrizione di € 130,00 su Banca di Andria di Credito Coop. S.C.A.R.L. - IBAN IT12 T071 0141 3400 0000 0003 702 intestato all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili per pagamento quota di prima iscrizione;
- Attestazione pagamento della quota annuale di € 330,00 ovvero € 140,00 solo per gli iscritti con età inferiore a 36 anni, su Banca di Andria di Credito Coop. S.C.A.R.L. - IBAN IT12 T071 0141 3400 0000 0003 702 intestato all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili.

Trani, _____

Firma

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
Residente a _____ cap _____ prov. _____
Via _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

D I C H I A R A

- di non essere fallito/a e non avere in corso procedure di concordato preventivo o di amministrazione controllata,
- di non avere pendenti a proprio carico giudizi di interdizione e di inabilitazione;
- che non sono state pronunciate a proprio carico sentenze dichiarative di fallimento di interdizione o di inabilitazione ancora da annotarsi al Casellario Giudiziale.

Trani, li _____

In fede

Egr. Dott. / Gent. Dott.ssa

Via _____ n _____

Trani, _____

OGGETTO: Informativa resa al momento della raccolta. Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, 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/Cell./e-mail/Pec
- autocertificazione di diritti civili

Inoltre, ai sensi dell'art. 13 della legge citata, La informiamo che:

- il trattamento ha le seguenti finalità:
- Iscrizione all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trani
- il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:
 - archiviazione dei dati su supporto cartaceo;
 - archiviazione dei dati su supporto informatico
- i dati giudiziari previsti alla lettera e) 1° comma dell'art. 4 del D.lgs 196/2003 potranno essere comunicati agli organi competenti per ragioni istituzionali o comunque previste da norma di legge, i restanti dati forniti potranno essere diffusi a terzi mediante trascrizione in albi o elenchi di pubblica consultazione.

- in relazione al trattamento Ella potrà esercitare presso le sedi competenti i diritti di cui agli artt. 7 ed 8 del D. Lgs. n. 196/2003
- il Titolare del trattamento è l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trani, domiciliato presso la propria sede in Via Prologo, 37 - 76125, Trani;

La informiamo, infine, che Ella , in base agli artt. 7 ed 8 del D. Lgs. n. 196/2003, ha diritto ad esercitare quanto ivi indicato. Inoltre Ella può:

- ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di dati che La riguardano;
- conoscere l'origine dei dati, la logica e la finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco di dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati stessi;
- opporsi , tra l'altro, al trattamento dei dati personali per finalità di ricerca di mercato.

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. Alberto Muciaccia)

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 e di avere accettato quanto in essa contenuto, acconsentendo espressamente al trattamento dei propri personali, ivi compresi quelli sensibili, secondo la normativa citata; acconsente inoltre esplicitamente alla comunicazione ed alla diffusione dei dati personali sopra indicati, ai sensi dell'art. 25 della medesima legge

In fede

(Firma dell'Interessato/a)