

Marca da bollo
16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE STP – SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di COMO

Il/La sottoscritto/a

nato a

Prov.

il

codice fiscale

legale rappresentante della Società tra Professionisti denominata:

con sede legale in

CAP

Prov.

Via

Tel.

(indicare se presenti anche le sedi secondarie)

indirizzo e-mail

indirizzo PEC

sito web

iscritta la Registro delle Imprese di

al n.

dal

avente come oggetto sociale

con Partita IVA e/o C.F.

CHIEDE, ai sensi degli artt. 8 e 9 del D.M. 08/02/2013, n. 34, di

di iscrivere detta Società nella Sezione Speciale dell'Albo dell'Ordine di Como.

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

- Atto costitutivo e/o statuto della Società in copia autentica o, nel caso di Società semplice, dichiarazione autentica del Socio professionista, cui spetti l'amministrazione della Società;
- Elenco nominativo, con relativa copia documento d'identità di ciascuno:
 - 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.
- Certificato di iscrizione all'Albo dei Soci iscritti in altri Ordini o Collegi (o autocertificazione ove prevista)
- Certificato di iscrizione della Società nella sezione ordinaria e speciale del registro delle imprese;
- Dichiarazioni sottoscritte da ciascuno dei Soci di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 08/02/2013, n. 34
- Ricevuta del versamento "tassa concessioni governative" 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.

Data FIRMA _____

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 articoli 46 e 47."

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

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di COMO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000

che il/la Dott./ssa _____ identificato a mezzo _____

n. _____ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data _____ Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

C.F. di essere cittadino

Residente in Via

Consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, secondo quanto prescritto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

L'insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34

di **NON** essere socio in altre Società tra professionisti

di **essere** professionista iscritto all'Albo

di **NON** essere mai stato cancellato dall'Albo

di **essere** stato cancellato dall'Albo in data

motivazione

di **essere** in regola con il pagamento dei contributi previdenziali ENPAM

(indicare eventuale altro ente)

di **NON** essere professionista iscritto all'Albo;

di **godere** dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

di **NON** aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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**;

(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)

Data

FIRMA _____