A cura di ogni socio

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e Art. 15 Legge 183 del 12.11.2011)

**Ai sensi del DM 8 febbraio 2013, n. 34 (GU n. 81 del 06.04.2013)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dichiarazione dei Soci STP** | Al Consiglio Direttivo dell’Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  Via Fosse Ardeatine, 101  **03100 Frosinone** |

**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/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)**

**D I C H I A R A**

 di essere iscritto all’Albo professionale dei Medici-Chirurghi [ ] e/o degli Odontoiatri [ ] della Provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

oppure

 di essere iscritto all’Albo professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] dell’Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 **essere in regola** con i pagamenti dovuti al proprio ordine professionale e alla propria cassa pensione;

 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**