



 Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Parma

**Spett.le**  
**Consiglio dell'Ordine dei dottori**  
**commercialisti e degli esperti contabili**  
**di Parma**

e p.c.  
*(Ordine di provenienza)*

**Apporre una marca da bollo da € 16,00**

**Spett.le**  
**Consiglio dell'Ordine dei dottori**  
**commercialisti e degli esperti contabili**  
**di \_\_\_\_\_**

Prot. n. \_\_\_\_\_ *(spazio riservato all'Ordine)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
cittadinanza: \_\_\_\_\_ codice fiscale: \_\_\_\_\_ partita IVA: \_\_\_\_\_ telefono  
fisso \_\_\_\_\_ telefono cellulare: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

attualmente iscritto/a dal \_\_\_\_\_ nell' albo / elenco, sezione A / B<sup>i</sup>, tenuto dal  
Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

l'iscrizione nell'Albo, sezione A B

l'iscrizione nell'Elenco speciale, sezione A B<sup>i</sup>

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

#### **DICHIARA**

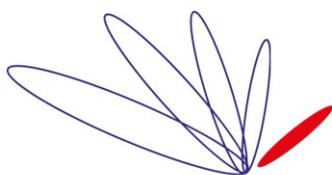
a) di godere del pieno esercizio dei diritti civili;

b) di essere residente in: \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;



 Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Parma

- c) di essere domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- d) di avere **domicilio professionale** in: \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- e) di essere attualmente iscritto/a nell'  albo  elenco, sezione  A  B, dell'Ordine dei dottori  
commercialisti e degli esperti contabili di \_\_\_\_\_ i;
- f) di essere stato iscritto nell'albo/elenco dell'Ordine/Collegio di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ii;
- g)  di non essere sottoposto a procedimento penale  
*oppure*  
 di essere sottoposto a procedimento penale per \_\_\_\_\_ iii;
- h)  di non aver riportato condanne penali;  
*oppure*  
 di aver riportato le seguenti condanne penali: \_\_\_\_\_ iii;
- i)  di non essere sottoposto a procedimento disciplinare  
*oppure*  
 di essere sottoposto a procedimento disciplinare per \_\_\_\_\_ iii;
- j)  di non aver riportato sanzioni disciplinari che comportano l'impossibilità di esercitare la  
professione;  
*oppure*  
 di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari che comportano l'impossibilità di esercitare la  
professione: \_\_\_\_\_ iii;
- k)  di non incorrere in uno dei casi di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs. 139/2005;  
*oppure*  
 di incorrere nel seguente caso di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs. 139/2005:  
\_\_\_\_\_ iii;
- l) di essere in possesso del seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- m) di aver conseguito l'abilitazione in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_.



 Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Parma

Si allegano i seguenti documenti:

- ✓ attestazione del versamento di € 168,00 per tassa di concessione governativa sul ccp n. 8003 – Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara Tasse Concessioni Governative a titolo di “Iscrizione ad Albo Professionale”;
- ✓ Se trattasi di iscrizione all’**Albo professionale** versamento di:
  - € 445,00 | quota over 36 anni al 31/12/2019;
  - € 380,00 | quota under 36 anni al 31/12/2019 (= 35 anni compiuti max)
- ✓ Se trattasi di iscrizione all’**Elenco Speciale** versamento di:
  - € 245,00 | quota over 36 anni al 31/12/2019;
  - € 180,00 | quota under 36 anni al 31/12/2019 (= 35 anni compiuti max)

Detti versamenti dovranno essere eseguiti - **solo ed esclusivamente** – accedendo alla [piattaforma pagoPA - Crédit Agricole Italia Spa](#) dedicata all’ODCEC di Parma.

- ✓ n. 2 fotografie formato tessera + 1 in formato digitale
- ✓ Copia di un documento d’identità in corso di validità
- ✓ Fotocopia del tesserino sanitario
- ✓ Copia della Polizza Assicurativa
- ✓ Consenso al trattamento dei dati sensibili e degli eventuali dati giudiziari ai sensi dell’artt. 26 e 27 del D.Lgs n. 196/2003

**Indirizzo per le comunicazioni relative alla procedura** *(da compilare solo se si tratta di indirizzo diverso da quelli di residenza/domicilio sopra indicati)*

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere ogni comunicazione/notifica relativa alla presente procedura al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_o al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_.

lì \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

<sup>i</sup> Barrare l’opzione che interessa.

<sup>ii</sup> Compilare in caso di iscrizioni precedenti a quella di provenienza.

<sup>iii</sup> Barrare l’opzione che interessa.