

Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili

Circoscrizione del Tribunale di Trani

Documenti da produrre per l'iscrizione all'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 per il primo triennio 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);
- Autorizzazione all'utilizzo dell'indirizzo di posta elettronica (All. 3);
- Dichiarazione sostitutiva di non sussistenza di situazione di incompatibilità con l'esercizio della professione di dottore commercialista/revisore legale (All. 4).

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
Trani**
Via Giuseppe Amorese, 4
76125 - TRANI (BT)

Il sottoscritto _____,

Codice Fiscale n. _____

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili

con il computo dell'anzianità (*solo nel caso di reinscrizione*)

sezione A

sezione B

Il sottoscritto, 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,

DICHIARA

- a) Di essere nato a _____ il _____
- b) Di essere cittadino italiano;
- c) di godere del pieno esercizio dei diritti civili;
- d) di non essere iscritto in nessun altro Ordine o Collegio Professionale.
- e) di essere residente in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____ Via
_____ n. _____ Tel.: _____
Fax.: _____ cellulare _____ e-mail _____;
- f) di avere il domicilio professionale in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____
Via _____ n. _____ Tel. _____
- g) di essere in possesso della laurea Triennale _____ classe _____
 Magistrale _____ classe _____
 Vecchio ordinamento _____
conseguita il _____ presso l'Università di _____;
- h) di avere conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di :
 dottore commercialista presso l'Università di _____
data prova scritta _____ data prova orale _____ ;
 di esperto contabile presso l'Università di _____

data prova scritta _____ data prova orale _____;

i) di non essere sottoposto a procedimento penale

oppure

di essere sottoposto a procedimento penale per _____;

j) di non aver riportato condanne penali;

oppure

di aver riportato le seguenti condanne penali: _____;

k) 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: _____;

l) di non incorrere in uno dei casi di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.lgs 28 giugno 2005, n. 139;

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 per il primo triennio 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 Giuseppe Amorese, n. 4 - 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. Antonio Soldani)

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)

Alla Segreteria
Dell'Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Trani

Io sottoscritto Dott. _____
con studio in _____ alla Via _____

comunico

che il mio indirizzo di posta elettronica (e-mail) è il seguente : _____@_____
e che l'indirizzo PEC:

è già in mio possesso ed è il seguente: _____@_____

non è, al momento, in mio possesso ma intendo usufruire della Convenzione Visura dell' ODCEC di Trani per l'attivazione.

ed

autorizzo

la segreteria/il Consiglio dell'Ordine all'utilizzo, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, di tale indirizzo di posta elettronica per

- l'invio della corrispondenza che conseguentemente non mi saranno più inviate a mezzo posta ordinaria.
 l'invio di inviti inerenti eventi formativi organizzati dall' Ordine che conseguentemente non mi saranno più inoltrati a mezzo posta ordinaria.

Data, _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI NON SUSSISTENZA DI SITUAZIONE DI INCOMPATIBILITA'
CON L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO
CONTABILE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____,
prov. _____, il _____ residente a _____ in via _____
premessò

- che ha presentato domanda di iscrizione all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trani Sezione A (o sezione B);
- che ha preso visione e cognizione del contenuto dell' art. 4 del D.Lgs. 139/05;

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,

dichiara

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4 D.Lgs. 139/05.

Data, _____

Firma

Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto Legislativo n. 196/2003:

I dati personali sopra riportati sono raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per la valutazione delle incompatibilità, per la quale la presente dichiarazione sostitutiva viene resa, nei modi e nei limiti necessari per ottenere la predetta valutazioni