

Imposta di bollo assolta in modo virtuale (2° comma art. 15 DPR 642/72) - Autorizzazione n. 19898/2021 del 29/03/2021 – Agenzia Delle Entrate - Direzione Provinciale di Pisa - Ufficio Territoriale di Pisa.

AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PISA

Luogo e data

Oggetto: Domanda di iscrizione Società Tra Professionisti

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ C.F. _____ legale rappresentante della Società
Tra Professionisti denominata _____
con sede legale in _____ via _____
(indicare, se presenti, anche le sedi secondarie _____)
iscritta al registro delle imprese di _____ al n. _____
avente come oggetto sociale _____

chiede a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, di iscrivere detta società nella Sezione Speciale dell'Albo di Pisa.

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

- atto costitutivo e 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:
 - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei soci iscritti all'Albo;
 - c) degli altri soci con indicazione, nel caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
- certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34;

Confidando in una favorevole accoglienza della presente istanza, invia cordiali saluti.

Firma

ORDINE PROVINCIALE DI PISA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO SOCI PROFESSIONISTI

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto

Nato a il

Residente in via

Cap tel cellulare

Email

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi e/o degli Odontoiatri della Provincia di al n. ;

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

Il sottoscritto, altresì, dichiara 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 E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Luogo e data

Firma

Allegare copia di un documento di identità

ORDINE PROVINCIALE DI PISA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – PERSONE FISICHE

- SOCI NON PROFESSIONISTI PER FINALITA' DI INVESTIMENTO
- SOCI NON PROFESSIONISTI PER PRESTAZIONI TECNICHE

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto

Nato a

il

Residente in

via

Cap

tel

cellulare

Email

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

di **non essere** stato cancellato dall'Albo professionale 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 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 **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 partecipare ad altre Società Tra Professionisti;

di **non aver** riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;

di **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D.Lgs.n. 159 del 2011 (misure personali: foglio di via obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Luogo e data

Firma

Allegare copia di un documento di identità