

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NON SUSSISTENZA DI
SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' CON L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI
DOTTORE COMMERCIALISTA, DI RAGIONIERE COMMERCIALISTA E DI
ESPERTO CONTABILE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_) il _____ ,
residente a _____ (____)in Via/Piazza _____ , n._____, iscritto all'Ordine dei
Dottori Commercialisti e Esperti Contabili di Paola dal _____ al n. _____ Sez. _____

PREMESSO

- di aver preso attentamente visione:

a) del D. Lgs. 139 del 28 giugno 2005 ed in particolare del disposto dell'art. 4 in ordine alle cause di incompatibilità;

b) del procedimento per la valutazione delle incompatibilità approvato con decreto emesso dal Direttore Generale della Giustizia Civile in data 18 luglio 2003, pubblicato sulla G.U. n. 172 del 26 luglio 2003;

c) delle note interpretative della disciplina delle incompatibilità, nonché del loro aggiornamento, emanate dal CNDCEC il 1° marzo 2012;

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARA

di non trovarsi, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'Ordinamento Professionale e del predetto procedimento di valutazione.

Luogo e data

Firma di autocertificazione

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra riportati, raccolti e trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per la finalità per cui la presente dichiarazione sostitutiva viene resa, nei modi e nei limiti necessari per ottenere la predetta valutazione.

Luogo e data

Firma

Allegato: copia documento di riconoscimento in corso di validità