



ORDINE DEI
DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI LODI



**MODALITA' PER LA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO
PROFESSIONALE/TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

(ai sensi degli Artt. 36 e 37 del D.Lgs 28/06/2005, n° 139)

**LA DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA DALL'INTERESSATO e NON
SI ACCETTANO DOMANDE INCOMPLETE**

Le domande devono essere complete di:

Scheda Informativa (allegato)

Domanda di iscrizione in bollo da € 16,00 (allegato)

Informativa privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/679 reperibile sul sito internet istituzionale (modulistica ->moduli Albo->Informativa privacy): si prega di prenderne visione senza consegnarne copia sottoscritta

Visura camerale dell'interessato con poteri in società;

N. 2 fotografie formato tessera - sul retro: intestate con nominativo e firmate;

Fotocopia del codice fiscale;

Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

Fotocopia di eventuale partita IVA;

Attestazione del versamento di euro **168,00** sul c/c postale n. **8003** intestato a: Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative

Quote di iscrizione:

- € 90,00 per quota prima iscrizione + € 500,00 (per chi ha più di 35 anni di età anagrafica) o € 350,00 (per chi ha meno di 36 anni di età anagrafica) di iscrizione Albo anno in corso.

Coloro che chiedono il **trasferimento** a questo Ordine ed abbiano già versato la quota di iscrizione ed il contributo del Consiglio Nazionale dell'anno in corso all'Ordine di provenienza, devono allegare alla domanda copia del versamento effettuato e versare solo € 90,00 quale quota di prima iscrizione.

Richiesta in carta semplice del rilascio della tessera di riconoscimento;

Si comunica che i versamenti dovranno essere effettuati con bonifico bancario intestato a: Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Lodi presso la **Banca Popolare di Lodi – Codice IBAN IT92N0503420345000000000173** allegando attestazione di pagamento.

Per coloro che insegnano è necessaria un'autorizzazione dell'Istituto dalla quale risulti che il regolamento dello stesso consente l'iscrizione all'Albo Professionale.

Per iscriversi all'Albo/Elenco Speciale è necessario:

- essere cittadino italiano, ovvero cittadino di uno Stato membro dell'Unione europea o di uno Stato estero a condizioni di reciprocità;
- godere il pieno esercizio dei diritti civili;
- essere di condotta irrepreensibile;
- avere la residenza o il domicilio professionale nel circondario in cui è costituito l'Ordine cui viene richiesta l'iscrizione o il trasferimento come previsto dal D.Lgs. 28 giugno 2005 n. 139 articolo 36" Requisiti per l'iscrizione nell'Albo" lettera "d". Attraverso il sito del Ministero della Giustizia potrete verificare la competenza territoriale;
- avere un indirizzo di posta elettronica certificata attiva.

SCHEMA INFORMATIVA

Cognome _____ **Nome** _____

Nat ____ a _____ il _____

Codice Fiscale: _____

Residenza: _____

Tel. _____ Fax _____ Cellulare _____

E-mail _____

Studio: _____

(Specificare la denominazione esatta dello studio – esempio XY c/o Studio ZK in Via.....)

Tel. _____ Fax _____ Cellulare _____

E-mail _____

PEC _____

Titoli di Studio:

Studi Medi Superiori: Diploma in _____ conseguito il _____

votazione ____ /60 tipo Istituto _____ di _____

Laurea in _____ conseguita presso

l'Università _____ di _____ il _____

Votazione ____ /110

Altri Titoli di Studio: _____

Esame di Stato sostenuto nella sessione _____

Anno _____ Presso l'Università di _____

Lingue estere (livello di conoscenza)

LINGUA ESTERA CONOSCIUTA (Scrivere le seguenti diciture: scarso – scolastico – buono – ottimo – madrelingua)	CONVERSAZIONE	LETTURA	SCRITTURA
Inglese			
Francese			
Tedesco			
Spagnolo			
Altro			

Svolgimento dell'attività professionale

- ☐ Come unico titolare di studio
- ☐ In uno studio professionale come contitolare con altri Dottori Commercialisti
- ☐ In uno studio professionale come collaboratore con altri Dottori Commercialisti
- ☐ In uno studio professionale come contitolare con altri professionisti
- ☐ In uno studio professionale come collaboratore con altri professionisti
- ☐ Nessuna

Marca da

€ 16,00

Spett.le

Consiglio dell'Ordine dei Dottori
Commercialisti e degli Esperti Contabili di
Lodi

Via M. D'Azeglio 20

26900 LODI (Lo)

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ALL'ALBO PROFESSIONALE/TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

(Da stampare su carta bianca – non intestata)

Il/La sottoscritt__

(Cognome) _____

(Nome) _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di
Lodi competente per il territorio nel quale si trova:

- ☐ la propria RESIDENZA
- ☐ il proprio DOMICILIO PROFESSIONALE
- ☐ nella Sezione **A** Commercialisti
- ☐ nella Sezione **B** Esperti Contabili

Via M. D'Azeglio, n° 20 - 26900 LODI - Tel +390371610837 / 432292 – Fax +390371432296

www.odcec.lo.it - PEC odcec.lodi@open.legalmail.it – E Mail info@odcec.lo.it

Codice Fiscale: 92552520154

oppure

☐ nella Sezione **A** Commercialisti

☐ nella Sezione **B** Esperti Contabili

per trasferimento dall'Ordine di _____

a tal proposito DICHIARA

ai sensi dell'art 46/47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

- **di essere nato/a a:**

(Comune) _____ (Prov.) _____

Il (gg/mm/aaaa) _____

- **di essere residente a:**

(Comune) _____ (Prov.) _____

In (Indirizzo) _____ (n.) _____

C.A.P. _____ Tel. Residenza _____ cell. _____

e-mail _____

PEC _____

- **di aver risieduto nei 5 anni precedenti** nel Comune (o Stato estero)

di _____ (Pr) _____ dal _____ al _____

nel Comune (o Stato estero) di _____ (Pr) _____

dal _____ al _____

nel Comune (o Stato estero) di _____ (Pr) _____

dal _____ al _____

- **di essere cittadino/a:**

(Nazionalità) _____

- **di avere eletto il proprio domicilio professionale (ai sensi dell'art. 16 della Legge 21 dicembre 1999, n. 526, e ai fini della pubblicazione dei dati dell'albo) presso**

STUDIO/SOCIETA' _____

In _____ (Prov.) _____ CAP _____

Via _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

PEC _____

- **di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:**

Studi Medi Superiori: Diploma in _____ conseguito il _____

votazione _____ /60 tipo Istituto _____ di _____

diploma di laurea in _____ (classe _____)

presso l'Università _____ di _____

in data (gg/mm/aaaa) _____ con votazione _____

Tipologia di laurea:

☐ SPECIALISTICA ☐ TRIENNALE ☐ VECCHIO ORDINAMENTO

- **Esame di Stato** sostenuto nella sessione _____ anno _____

presso l'Università _____ di _____

DICHIARA

☐ di NON ESSERE a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

oppure

☐ di ESSERE a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

☐ di NON AVERE riportato condanne penali ivi comprese condanne con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 c.p.p. e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza

e di prevenzione, di decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa¹;

☐ di AVERE riportato condanne penali (specificare quali)

- di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato;
- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 4 del D.Lgs. 28.6.2005 n. 139
- di non essere iscritto/a in nessun altro Albo Professionale

- di essere iscritto nel Registro dei Revisori Legali al n. _____
D.M.(gg/mm/aaaa) _____ G.U. n. _____ del (gg/mm/aaaa) _____

- *1 Si rammenta che l'Ordine procederà, ai sensi dell'art. 71, comma 1 del DPR 445/2000 a verificare la veridicità delle suddette dichiarazioni attraverso le evidenze del certificato del casellario giudiziale "integrale" e del certificato del casellario dei carichi pendenti, che saranno richiesti d'ufficio. Si ricorda inoltre che, in presenza di eventuali condanne penali con concessione dei benefici di legge (sospensione condizionale della pena – non menzione), le stesse condanne dovranno comunque essere debitamente dichiarate all'Ente, in conformità alle previsioni di Legge.*

- di essere dipendente della seguente società o ente privato:

- (Società o Ente)

- con mansione
-

- ☐ di NON ricoprire cariche sociali in alcuna società

- oppure

- ☐ di RICOPRIRE cariche sociali per le quali allega la visura camerale dell'interessato con poteri in società;

- di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici; dichiara, altresì, di aver preso visione dell'Informativa privacy ex art. 13 del GDPR, presente sul sito web.

Il/La sottoscritt___ dichiara che le dichiarazioni sopra riportate sono esatte e si impegna, sotto la propria responsabilità, a comunicare all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Lodi tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire.

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

Fotocopia carta d'identità del richiedente;

Fotocopia del Codice fiscale del richiedente;

Fotocopia eventuale partita IVA;

N. 2 fotografie formato tessera - sul retro: intestate con nominativo e firmate;

Attestazione del versamento di euro **168,00** sul c/c postale n. **8003** intestato a:
Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative

Fotocopia del pagamento delle quote di iscrizione.

Luogo e data, _____

Firma _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Allegato – Modulo di richiesta di integrazione dati da parte dell'iscritto

Il sottoscritto _____
richiede che i dati pubblicati sull'Albo professionale o comunque diffusi siano
integrati con le seguenti informazioni come risultano dalla “scheda informativa”:

(1) numero di telefono e fax

sì ☐ no ☐ sì, ma non su sito Internet ☐

(2) numero di cellulare

sì ☐ no ☐ sì, ma non su sito Internet ☐

(3) indirizzo e-mail

sì ☐ no ☐ sì, ma non su sito Internet ☐

Inoltre, si dichiara / non si dichiara disponibile a:

- comunicare la propria disponibilità ad assumere incarichi professionali

sì ☐ no ☐

Lodi, ____/____/____

Firma _____

Spett.le

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E
DEGLI ESPERTI CONTABILI DI LODI

Via M. D'Azeglio 20

26900 LODI (Lo)

Ogg.: richiesta tessera di riconoscimento.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

con la presente

CHIEDE

il rilascio del tesserino di riconoscimento con le seguenti caratteristiche:

A) ☐ Tesserino semplice

Prende atto che la tessera di riconoscimento è un documento valido in tutti i casi in cui è necessario dimostrare l'effettiva iscrizione all'Albo Professionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili.

Con i migliori saluti.

Luogo e data, _____

(firma) _____