

In bollo
da
€ 16,00

Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
di TRAPANI

Oggetto: Domanda di iscrizione all'Albo Società tra Professionisti.

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ (prov. _____) il _____
cittadino _____, residente in _____
Via _____ n. _____ CAP _____
in qualità di legale rappresentante della Società tra Professionisti denominata
_____,
con sede legale a _____
in via _____ n. _____,
(indicare se presenti anche le sedi secondarie),
Tel. _____ Fax _____ Cellulare _____
email _____ Pec _____
C.F. _____ iscritta al registro delle imprese di _____
al n. _____ dal _____, inizio attività _____ scadenza
attività _____ 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 Società tra Professionisti dell'Albo di Trapani**.

Il sottoscritto si impegna a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti, comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo email e PEC;

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96 e di acconsentire al trattamento dei dati personali per gli adempimenti e le finalità inerenti l'attività istituzionale dell'Ordine.

Il dichiarante decade dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in caso di dichiarazioni mendaci.

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

Data _____

FIRMA _____

Si allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato:*

- 1) 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;*
- 2) elenco nominativo:
 - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei soci iscritti all'Albo;
 - c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
- 3) certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- 4) certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- 5) dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34/2012 (La partecipazione ad una società è incompatibile con la partecipazione ad altra società tra professionisti);
- 6) Attestazione del versamento della Tassa sulle Concessioni Governative di € 168,00, da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8904, intestato all'agenzia delle entrate – centro operativo di Pescara (cod tariffa: 8617);
- 7) La quota di iscrizione è di € 300,00 dovrà essere versata tramite Bonifico Bancario alla **Credem** e alle seguenti Coordinate Bancarie **IBAN IT44 I030 3216 4000 1000 0032 036** intestato Ordine dei Medici Trapani;
- 8) Marca da bollo del valore indicato sulla prima pagina del modello;

**Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 “Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47.”*

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TRAPANI

Il sottoscritto _____ incaricato(dipendente), attesta,
ai sensi dell’art. 30 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che il sig. _____
identificato a mezzo di _____ ha
sottoscritto in sua presenza l’istanza.

DATA _____

Timbro e firma dell’incaricato
che riceve l’istanza
