**ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

*Spett.le*

**Ordine dei Dottori Commercialisti**

**e degli Esperti Contabili di Cagliari**

Viale Trento, 94

09123 Cagliari

*info@commercialisticagliari.it*

La sottoscritta/Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data iscrizione all’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserita/o nell’**Elenco Sostituta/o** di cui all’AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE D’INTERESSE ALL’ELENCO DI SOSTITUTE/SOSTITUTI PER LE DESTINATARIE DEL “BONUS SOSTITUZIONE” – PROGETTO **WEL.CO.M.E. WELFARE COMMERCIALISTE MISURE EFFICIENTI**

CUP E25E17000190009 – CLP 1001021821WC170009

A tal fine, la sottoscritta/il sottoscritto sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

* di aver preso visione dell’Avviso pubblicato dall’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari in data 26 ottobre 2018 per la costituzione di un *Elenco Sostitute/i*
* di essere a conoscenza del divieto di avere vincoli di parentela o affinità sino al secondo grado con la beneficiaria del “Bonus sostituzione” con cui si avvierà il rapporto di collaborazione
* di essere titolare di partita IVA da non più di tre anni

## ALLEGA a tal fine

* Copia di un documento d’identità in corso di validità
* Se cittadina/o non comunitari, copia di un permesso di soggiorno in corso di validità
* Copia dell’attribuzione di Partita IVA con data inizio attività

**Luogo e data Firma del/della richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all’Art. 13 del D.Lgs, n. 196/2003 e s.m.i.**e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)** che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e comunque per adempiere a specifici obblighi di legge. Presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa.

Autorizza l’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i.**e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)**

 **Firma del/della richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**