

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ ,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,  
residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
PEC<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ ,  
laureato/a in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
tipologia di laurea:  Triennale  Specialistica cl. \_\_\_\_\_  Magistrale cl.<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Vecchio ordinamento \_\_\_\_\_

avendo conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di

Ragioniere  Esperto Contabile  Commercialista

nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso  l'Università \_\_\_\_\_

Collegio dei ragionieri di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere iscritto /a nella sezione

- alla Sezione A Commercialisti  
 alla Sezione B Esperti contabili

dell'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari competente per il territorio nel quale si  
trova la/il propria/o  Residenza  Domicilio Professionale

### A TAL PROPOSITO DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

- 1) di essere/non essere dipendente pubblico e di svolgere la propria prestazione lavorativa presso

\_\_\_\_\_

a tempo pieno/ a tempo parziale

con contratto di lavoro a tempo  determinato/ indeterminato;

- 2)  di essere/ non essere dipendente della seguente società o ente privato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con mansione  \_\_\_\_\_;

- 3)  di essere / non essere Amministratore Unico;  
4)  di essere / non essere Presidente del Consiglio di Amministrazione;

<sup>1</sup> Si segnala che l'art. 16, comma 7 del D.L. n. 185 del 29/11/2008, prevede che i professionisti iscritti in Albi ed Elenchi istituzionali con legge dello Stato, comunichino ai rispettivi Ordini o Collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata

<sup>2</sup> D.M. n. 270 del 22/10/2004 Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509

- 5)  di essere/ non essere Amministratore delegato;  
6)  di essere / non essere Membro del Consiglio di Amministrazione della società \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e di detenere una partecipazione del \_\_\_\_\_ % al capitale sociale della stessa / di non detenere alcuna partecipazione nella stessa né direttamente né indirettamente.

6.1) di avere/non avere alcun grado di parentela o affinità con gli altri soci di cui indicai dati e l'eventuale grado di parentela: \_\_\_\_\_

(In caso di svolgimento di attività di cui ai punti 3 e/o 4 e/o 5 e/o 6, allegare specifico incarico professionale)

- 7)  di esercitare / non esercitare alcuna attività imprenditoriale o commerciale né direttamente né indirettamente;  
8)  di svolgere / non svolgere attività di giornalista professionista;  
9)  di svolgere / non svolgere attività di mediatore;  
10)  di svolgere / non svolgere attività di agente di cambio;  
11)  di svolgere / non svolgere attività di ricevitore del lotto;  
12)  di svolgere / non svolgere attività di appaltatore di servizio pubblico;  
13)  di svolgere / non svolgere attività di esattore di pubblici tributi;  
14)  di svolgere / non svolgere attività di incaricato di gestioni esattoriali;  
15)  di essere iscritto/a/ non essere iscritto/a nel Registro dei Revisori Legali G.U. n. \_\_\_\_\_ del\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;  
16) di essere iscritto/a/ non essere iscritto/a ad altro Albo professionale \_\_\_\_\_;  
17)  di essere stato/a iscritto/a/ non essere stato/a iscritto/a ad altro ODCEC istituito su territorio Nazionale \_\_\_\_\_;  
18)  di essere / non essere socio amministratore di società di revisione;

Il sottoscritto dichiara ai fini della pubblicazione nell'Albo i recapiti del domicilio professionale:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto dichiara inoltre di voler ricevere eventuale corrispondenza al seguente indirizzo:

indirizzo di residenza  indirizzo del domicilio professionale

(Compilare solo nel caso di indirizzo diverso da quello della residenza o del domicilio professionale)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto firmando la presente scheda attesta sul suo onore che le dichiarazioni sopra riportate sono esatte e si impegna altresì, sotto la propria responsabilità, a comunicare all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili entro trenta giorni le variazioni che dovessero intervenire in ordine a dette dichiarazioni.

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e successive modificazioni ed integrazioni.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ allegati

(firma)