

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'Elenco Speciale dei non esercenti la professione di Dottore Commercialista ed Esperto Contabile di Cagliari competente per il territorio nel quale si trova la propria Residenza per passaggio dall'Albo

### 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;

5)  di essere/ non essere Amministratore delegato;

6)  di essere / non essere Membro del Consiglio di Amministrazione della società \_\_\_\_\_

<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

<sup>3</sup> novembre 1999, n. 509

\_\_\_\_\_ 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;

**dichiara di aver preso visione dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 giugno 2005, n. 139 riportato sul sito internet dell'Ordine di Cagliari**

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)