**DICHIARAZIONE EX ARTT. 46 E 47 D.P.R. 445/2000**

**VERIFICA SUSSISTENZA DEI REQUISITI DI LEGGE IN CAPO AGLI ISCRITTI**

(nell’ambito della verifica periodica svolta dall’Ordine ai sensi degli articoli 12, co. 1, lett. e) e 34, co. 1 D.Lgs 139/2005)

**ALBO 2025**

**Spett.le Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Catania**

**PEC:** [**ordinect@pec.odcec.ct.it**](mailto:ordinect@pec.odcec.ct.it)

Il/La sottoscritto/a …………………..…………………….………………….. nato/a a ………………..………………….………………….. prov. …………….. il ………………..……………. Codice Fiscale ………………………….………….……………………., iscritto/a nell’**Albo** tenuto dall’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Catania al n. ………………

**consapevole, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall’art. 76 del d.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modificazioni, delle conseguenze penali che la legge prevede in casi di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA**

**alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione**

1. di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall’art. 4 del D.Lgs. 28/06/2005 n. 139
2. di godere il pieno esercizio dei diritti civili
3. di avere la residenza e/o il domicilio nel circondario del Tribunale di Catania
4. □ di non essere sottoposto a procedimento penale

□ di essere sottoposto a procedimento penale

1. □ di non aver riportato condanne penali

□ di aver riportato le seguenti condanne penali …………………………………………………………..

1. di non essere attualmente iscritto/a in altro Albo/Elenco Speciale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili istituito sul territorio nazionale
2. di essere in possesso di casella PEC attiva
3. polizza assicurativa prevista dall’art. 5 del d.P.R. 137/2012:

□ di aver stipulato idonea assicurazione per eventuali danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso, secondo quanto previsto dall’art. 5 d.P.R. 137/2012.

compagnia: ……………...……… polizza n: ……..……….…….. scadenza: ……..…….……

□ di essere coperto per eventuali danni derivanti al cliente dall'esercizio dell'attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso, da idonea polizza assicurativa stipulata dallo studio associato ovvero dal professionista titolare dello studio nell’ambito del quale opera:

intestatario: ………………. compagnia: …………...……… polizza n: ……………...…….. scadenza: …………………

□ di non essere in possesso di polizza assicurativa.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo UE n. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Catania ogni variazione relativa ai fatti oggetto delle dichiarazioni rese.

Data ………………….. Firma AUTOGRAFA O DIGITALE del dichiarante ………..…………………..…………

**Allegare copia di un documento di identità in corso di validità ed inviare a** [**ordinect@pec.odcec.ct.it**](mailto:ordinect@pec.odcec.ct.it)