



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
L'AQUILA**

**MARCA
da BOLLO
€ 16**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO DI L'AQUILA
(Società tra Professionisti)**

**Al Consiglio Direttivo dell'Ordine
Provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di
L'AQUILA**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. _____

LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI DENOMINATA:

con sede legale in _____ Prov. (____), Via _____

(indicare se presenti anche le sedi secondarie)

iscritta al registro delle imprese di _____ al n. _____

dal ____ / ____ / ____ 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 dell'Albo di L'Aquila**.



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
L'AQUILA**

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 spelli 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.
- 6) copia ricevuta versamento tassa iscrizione (€ 150,00) da versare su:

IBAN: IT 09T 05696 11000 000011022X61

Causale: Iscrizione sezione speciale Albo STP
- 7) ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di **€ 168,00** da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'Ufficio del Registro di Pescara

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

Data

_____/_____/_____

Firma

*Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "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 alti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47. "



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
L'AQUILA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto _____

nata/o a _____ Prov. _____ Il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov. _____

Via _____

codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003 n° 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, li _____

Il Dichiarante

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta