

Marca da Bollo

€ 16,00

Spett.le
ORDINE MEDICI-CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI
FOGGIA

DOMANDA DI ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO DELLE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003.

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 211/1950 e dal D. Lgs. 196/2003.

(COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

IL SOTTOSCRITTO _____ NATO IL _____

A _____ (PROV ____) CODICE FISCALE _____

CITTADINO _____ RESIDENTE IN _____ (PROV _____)

C.A.P. _____ VIA _____ N. _____,

IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' DENOMINATA _____

AVENTE COME OGGETTO SOCIALE _____

CON SEDE IN _____ VIA _____ TEL. _____

SEDI SECONDARIE _____

(indicare se presenti anche le sedi secondarie)

ISCRITTA NEL REGISTRO DELLE IMPRESE DI _____ AL N. _____

E-MAIL PEC _____

CHIEDE

A CODESTO CONSIGLIO DIRETTIVO, AI SENSI DEGLI ARTT. 8 E 9 DEL D.M. 8 FEBBRAIO 2013, N. 34,
L'ISCRIZIONE DI DETTA SOCIETA' NELLA SEZIONE SPECIALE (STP) DELL'ALBO DI FOGGIA

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato*:

1. **atto costitutivo e statuto della società in copia autenticata** o, nel caso di società semplice, *dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti 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. dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8.2.2013 N. 34
6. **attestato di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00**, da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'agenzia delle entrate - Centro Operativo di Pescara – cod. tariffa: 8617 – tipologia versamento Rilascio - causale Iscrizione Albo STP OMCeO FOGGIA;
7. **marca da bollo € 16,00 apposta sul modello di domanda;**
fotocopia ricevuta versamento Bonifico Bancario, come operazione eseguita, della tassa di Iscrizione Sezione Speciale Albo STP € 158,00 - : IBAN IT87F053871570000000016957
Intestatario Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia - causale: Iscrizione Sezione Speciale Albo STP con indicazione della denominazione della Società.
8. **fotocopia del proprio codice fiscale;**
9. **fotocopia del proprio documento d'identità o di riconoscimento in corso di validità;**

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, cessazione, modifica o perdita dei diritti, comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio, telefono, indirizzo e-mail e indirizzo PEC.

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

Data _____

FIRMA _____

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

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FOGGIA

Il/La sottoscritto/a _____ incaricato/a, ATTESTA, ai sensi del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Foggia, _____

Timbro e firma
dell'incaricato che riceve l'istanza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO SOCI PROFESSIONISTI

(Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____

e-mail _____ PEC: _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [] e/o degli Odontoiatri [] della Provincia di _____ al n. _____;
- di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non essere socio (professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento) di altre società tra professionisti anche di natura multidisciplinare;
- di non essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di avere riportato condanne penali;
(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- sottoscritt_ , altresì, dichiara di non essere mai stato iscritto negli albi professionali di altro ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando) _____
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data _____

Firma _____

[] INVIO x POSTA/Fax/e-mail ecc. (Allegare FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig./Sig. ra _____

(Timbro e firma del funzionario)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO PERSONE FISICHE

- SOCI NON PROFESSIONISTI PER FINALITA' DI INVESTIMENTO
- SOCI NON PROFESSIONISTI PER PRESTAZIONI TECNICHE

(Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- di non essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di avere riportato condanne penali;
(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non partecipare ad altre Società Tra Professionisti;
- di non aver riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;
- di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D.Lgs.n. 159 del 2011 (misure personali: foglio di via obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data _____

Firma _____

INVIO x POSTA/Fax/e-mail ecc. (Allegare FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig./Sig. ra _____

(Timbro e firma del funzionario)

Promemoria per la compilazione della domanda di iscrizione:

La domanda di iscrizione deve contenere i seguenti dati e/o allegati:

- PROVINCIA ISCRIZIONE
- NUMERO E DATA ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DEL REGISTRO DELLE IMPRESE
- RAGIONE SOCIALE
- SEDE LEGALE
- ALTRE SEDI SECONDARIE
- LEGALE RAPPRESENTANTE
- SOCI PROFESSIONISTI
- SOCI PER FINALITA' DI INVESTIMENTO
- OGGETTO ATTIVITA' PROFESSIONALE PREVALENTE
- ALTRE ATTIVITA' PROFESSIONALI RICOMPRESSE NELL'OGGETTO

Dichiarazione di insussistenza di cause di Incompatibilità (art. 6)

2	I soci professionisti sono in regola con il pagamento dei contributi previdenziali
3	I soci per finalità di investimento:
a	sono in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale* cui la società è iscritta ai sensi dell'articolo 8 del DM 8 febbraio 2013, nr. 34 1. *certificato del casellario giudiziario pulito; 2. certificato attestante la buona condotta morale e civile (dichiarazione possesso requisiti di onorabilità); 3. certificato attestante il godimento dei diritti civili; 4. non aver riportato condanna penale che, a norma della legge 12/1979 comporta la radiazione dall'albo, salvo quanto stabilito dall'articolo 38 della stessa legge.
5	Il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale dei professionisti è tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci* *art. 10, comma 4, L. 12 novembre 2011, n. 183

La domanda di iscrizione (art. 9)

6	La richiesta di iscrizione alla sezione speciale del registro delle imprese è stata prodotta da chi ha la rappresentanza della società
7	La sede legale della società tra professionisti coincide con la provincia del Consiglio dell'Ordine
a	è stato allegato l'atto costitutivo e lo statuto della società in copia autenticata
b	è stato allegato il certificato di iscrizione alla sezione speciale del registro delle imprese
c	è stato allegato il certificato di iscrizione all'albo, elenco o registro dei soci professionisti che non sono iscritti presso l'Ordine o il collegio cui è rivolta la domanda
8	nel caso di società tra professionisti costituita nella forma della società semplice è stata allegata, in luogo dell'atto costitutivo e lo statuto, una dichiarazione autenticata del socio professionista cui spetti l'amministrazione della società

ELENCO DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALL'ATTO DELLA DOMANDA:

1. ATTO COSTITUTIVO E STATUTO DELLA SOCIETÀ IN COPIA O, NEL CASO DI SOCIETÀ SEMPLICE, DICHIARAZIONE AUTENTICA DEL SOCIO PROFESSIONISTA, CUI SPETTI 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 SOSTITUTIVE RESE AI SENSI ART. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000;
6. ATTESTATO DI VERSAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE DI € 168,00, DA PAGARSI A MEZZO C/C POSTALE N. 8003, INTESTATO ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE - CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – COD. TARIFFA: 8617- TIPOLOGIA VERSAMENTO RILASCIO - causale Iscrizione Albo STP Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri FOGGIA (E' indispensabile effettuare il versamento su moduli prestampati e non utilizzare modelli bianchi);
7. MARCA DA BOLLO DI € 16,00 DA APPORRE SUL MODELLO DI DOMANDA;
8. COPIA DEL VERSAMENTO DI € 158,00 TRAMITE BONIFICO BANCARIO: IBAN IT87F053871570000000016957 Intestatario Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Foggia - causale: Iscrizione Sezione Speciale Albo STP (LA QUOTA PER L'ANNO IN CORSO DEVE ESSERE VERSATA IN CONCOMITANZA DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA. Qualora la stessa non venga accolta l'Ordine effettuerà rimborso dietro presentazione di richiesta. Per gli anni successivi la quota sarà riscossa da parte dell'Ordine tramite MAV (Pagamento Mediante Avviso).