

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI
ALESSANDRIA**

(Alessandria, Via Pisacane 21 - Tel. 0131/253666 - Fax 0131/52455)

Prospetto informativo

**ADEMPIMENTI PER LA NUOVA ISCRIZIONE DELLE SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI
S.T.P.**

- La domanda di iscrizione va compilata su foglio bollato IN CARATTERE STAMPATELLO.
- Le domande mancanti anche di un solo dato non saranno accettate.
- **Alla domanda di iscrizione firmata dal legale rappresentante della Società devono essere allegati:**
 - 1) **atto costitutivo della Società in copia autentica o, nel caso di Società semplice, dichiarazione autentica del Socio professionista, cui spetta l'amministrazione della Società;**
 - 2) **elenco nominativo, con relativa copia documento d'identità di ciascuno:**
 - a) **dei Soci che hanno la rappresentanza (per la STP costituita nella forma della Società semplice è possibile allegare alla domanda di iscrizione, in luogo del documento qui indicato, una dichiarazione autenticata del Socio professionista cui spetta l'amministrazione della Società);**
 - b) **dei Soci iscritti agli Albi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria;**
 - 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 della Società nella Sezione Speciale del Registro delle Imprese;**
 - 5) **dichiarazioni sottoscritte da ciascuno dei Soci di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, N. 34.**
 - 6) **fotocopia del documento d'identità (*) o di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante;**

() Si ricorda, in particolare, che sono equipollenti alla carta di identità (ai sensi dell'articolo 35, co.2, D.P.R. 445 del 2000):*

 - *Il passaporto;*
 - *La patente di guida;*
 - *La patente nautica;*
 - *Il libretto di pensione;*
 - *Il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici;*
 - *Il porto d'armi;*
 - *Le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato.*

Con riferimento alla validità dei documenti, in particolare si ricorda che la carta di identità, ivi inclusa la carta d'identità elettronica (CIE), ha durata di dieci anni.

Non rientrano nella definizione di documenti di identità e di riconoscimento le tessere sanitarie (le quali sono state prorogate al 30 giugno 2020 dall'articolo 17-quater del decreto-legge n. 18 del 2020)
 - 7) **fotocopia del codice fiscale del legale rappresentante;**
 - 8) **fotocopia del codice fiscale e/o della partita Iva della Società;**
 - 9) **fotocopia ricevuta versamento della somma di € 410,00 per tassa annuale d'iscrizione all'Albo Sezione Speciale STP, da versarsi ESCLUSIVAMENTE TRAMITE IL SISTEMA PAGOPA. (Vedi allegate ISTRUZIONI PER GENERAZIONE IUUV CONTESTUALE ON LINE CON I RELATIVI DATI (PERSONA GIURIDICA – S.T.P., PARTITA IVA, RAGIONE SOCIALE, ECC.) AI FINI DEL PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ORDINE);**
 - 10) **attestazione versamento tassa concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative (codice tariffa 8617);**

11) modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/79.

Le disposizioni per le autocertificazioni si applicano ai cittadini italiani e dell'Unione europea.

- Responsabili del procedimento istruttorio relativo alle domande di iscrizione all'Albo sono il Segretario dell'Ordine, Dott. Silvio Roldi, e la Referente dell'Ordine, Graziella Reposi, che sono a disposizione previo appuntamento telefonico.
- Su semplice esibizione dell'originale l'Ordine può autenticare copia di un documento ad uso interno e senza obbligo di deposito dello stesso presso l'Ente. L'autenticazione consiste nell'attestazione di conformità con l'originale scritta alla fine della copia, a cura del pubblico ufficiale autorizzato, il quale deve altresì indicare la data e il luogo del rilascio, il numero dei fogli impiegati, il proprio nome e cognome, la qualifica rivestita nonché apporre la propria firma per esteso ed il timbro dell'ufficio. Se la copia dell'atto o documento consta di più fogli il pubblico ufficiale appone la propria firma a margine di ciascun foglio intermedio. Sono applicabili le norme sulle autocertificazioni.
- **Si allegano il modulo di consenso al trattamento dei dati personali con copia dell'informativa agli iscritti sulla privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/79, nonché copia dell'art. 76 del DPR 445/2000 che prevede le norme penali in caso di dichiarazioni mendaci.**

AVVISO

SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE LA NECESSITA' DI COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA' IN CASO DI INDICAZIONE DI DATI INESATTI.

IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE QUALSIASI CONDANNA, ANCHE SE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.

SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.

Domanda di iscrizione STP

marca
da
bollo

Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via Pisacane, 21

ALESSANDRIA

OGGETTO: Domanda iscrizione Albo Professionale
Società Tra Professionisti (STP).

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

C.F. _____ legale rappresentante della Società tra Professionisti
denominata _____

con sede legale (esistente nella provincia di Alessandria) in _____

Via _____

(indicare se presenti anche le sedi secondarie) _____

iscritta al Registro delle Imprese di _____ al n. _____

dal _____ avente come oggetto sociale _____

C.F. _____ P.IVA _____

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 _____.

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

- 1) atto costitutivo della Società in copia autentica o, nel caso di Società semplice, dichiarazione autentica del Socio professionista, cui spetta l'amministrazione della Società;
- 2) elenco nominativo, con relativa copia documento d'identità (*) di ciascuno:
 - a) dei Soci che hanno la rappresentanza (per la STP costituita nella forma della Società semplice è possibile allegare alla domanda di iscrizione, in luogo del documento qui indicato, una dichiarazione autenticata del Socio professionista cui spetta l'amministrazione della Società);
 - b) dei Soci iscritti agli Albi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria;
 - 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 della Società nella Sezione Speciale del Registro delle Imprese;

- 5) dichiarazioni sottoscritte da ciascuno dei Soci di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, N. 34.
- 6) fotocopia del proprio documento d'identità o di riconoscimento in corso di validità;
- 7) fotocopia del proprio codice fiscale;
- 8) fotocopia del codice fiscale e/o della partita Iva della Società;
- 9) fotocopia ricevuta versamento della somma di € 410,00 per tassa annuale d'iscrizione all'Albo Sezione Speciale STP, da versarsi ESCLUSIVAMENTE TRAMITE IL SISTEMA PAGOPA. (Vedi allegate ISTRUZIONI PER GENERAZIONE IUV CONTESTUALE ON LINE CON I RELATIVI DATI (PERSONA GIURIDICA, PARTITA IVA, RAGIONE SOCIALE, ECC.) AI FINI DEL PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ORDINE);
- 10) attestazione versamento tassa concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative (codice tariffa 8617);
- 11) modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/79, firmato.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false e mendaci dichiarazioni sotto la propria personale responsabilità (art. 76 TU DPR 28.12.2000 n. 448),

D I C H I A R A

- **che il numero dei Soci Professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei Professionisti è tale da determinare un numero di voti almeno pari ai due terzi di quelli complessivi nelle deliberazioni o decisioni dei Soci (art. 10 comma 4, L. 12.11.2011 n. 183);**
- **che ciascuno dei Soci Professionisti è in regola con il pagamento dei contributi previdenziali alla propria Cassa Pensioni (.....);**
- **che i Soci non risultano partecipare ad altre Società Professionali in qualunque forma e a qualunque titolo, indipendentemente dall'oggetto della stessa STP;**
- **che i Soci per finalità d'investimento non Professionisti:**
 - **sono in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale;**
 - **non hanno riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e salvo che non sia intervenuta riabilitazione;**
 - **non sono stati cancellati da un albo professionale per motivi disciplinari;**
 - **non risultano applicate nei confronti di ciascuno di loro, anche in primo grado, misure di prevenzione personali o reali;**
 - **sono in possesso del godimento dei diritti civili;**
- **che il legale rappresentante e gli amministratori della Società che rivestono la qualità di Socio per finalità d'investimento o per prestazioni tecniche, non rientrano nei casi di incompatibilità sopra previsti;**
- **che tutti i Soci sono cittadini europei.**

Dichiarazione da utilizzare per la Società in cui vengano esercitate attività odontoiatriche e in cui siano presenti Odontotecnici quali Soci non professionisti, non iscritti all'Albo Professionale degli Odontoiatri.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- **che nell'ambito della Società di cui sopra l'odontotecnico _____ riveste la qualifica di (barrare la posizione):**
 - a) **Socio non professionista soltanto per prestazioni tecniche (da non intendersi come attività di carattere sanitario che sono di esclusiva competenza dei Soci professionisti);**
 - b) **Socio non professionista per finalità d'investimento;**
- **che le prestazioni sanitarie sono svolte in via esclusiva da parte dei Soci in possesso del titolo abilitante allo svolgimento di dette prestazioni, iscritti all'Albo Professionale degli Odontoiatri, e che da parte dell'odontotecnico o altra figura non abilitata non vengono eseguite ispezioni al cavo orale o rilievi di impronte dentarie del paziente, compito esclusivo dell'odontoiatra.**

La presente dichiarazione è da utilizzare inoltre anche per le Società in cui siano presenti altri Soci non abilitati alla professione medica o odontoiatrica (es. tecnici della riabilitazione, optometristi, infermieri, igienisti dentali, ecc.): all'uopo la dicitura "odontotecnico" dovrà essere sostituita.

Il sottoscritto dichiara infine:

- **di essere consapevole che sia il Socio Professionista, che la STP, sono soggetti alle norme deontologiche e disciplinari dell'Ordine al quale risultano iscritti. La STP risponde in concorso con il professionista (anche se iscritto ad un Ordine o Collegio diverso da quello della società) se la violazione deontologica è ricollegabile a precise direttive impartite dalla Società stessa. Per un corretto monitoraggio dell'attività esercitata sotto forma societaria, è fatto obbligo al medico di comunicare al proprio Ordine di appartenenza eventuali partecipazioni in STP iscritte presso altri Ordini o Collegi.**
- **di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;**
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs.196/2003 e successive modificazioni, in conformità al DLCPS 233/1946, al DPR 221/1950 ed al D.M. 34/2013, e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Confidando in un favorevole accoglimento della presente istanza, cordiali saluti.

Allegati:

Elencare allegati

Data _____

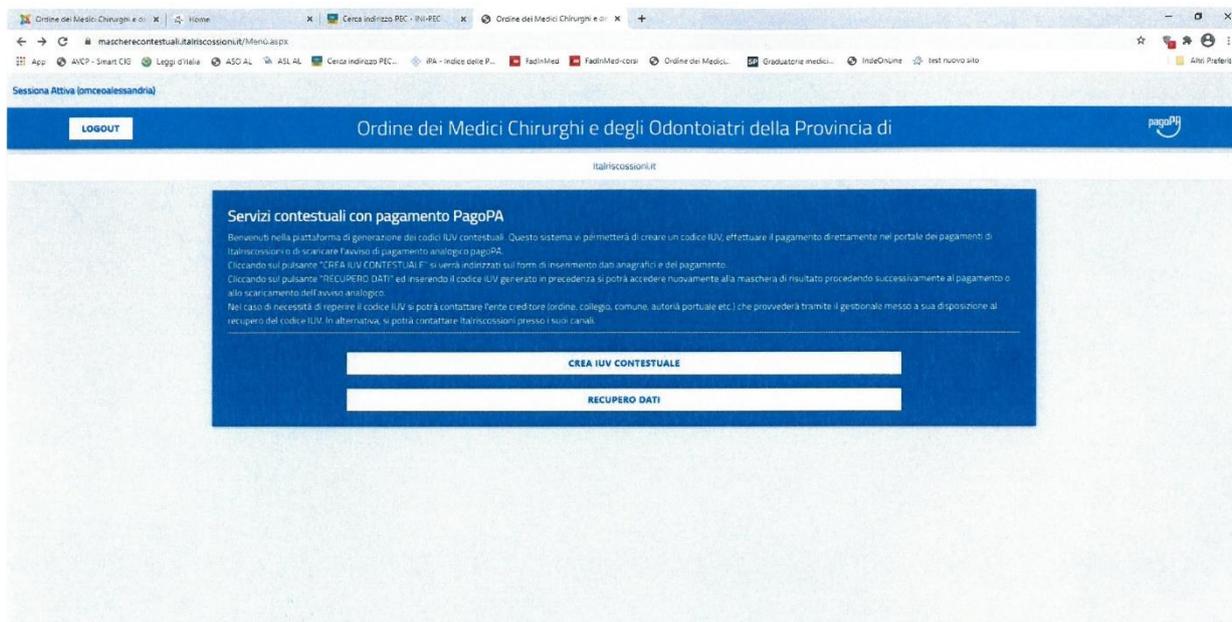
FIRMA

ISTRUZIONI PER GENERAZIONE IUV CONTESTUALE ON LINE PER PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ORDINE

Link: <https://mascherecontestuali.italriscossioni.it/Default.aspx?nome=omceolessandria>

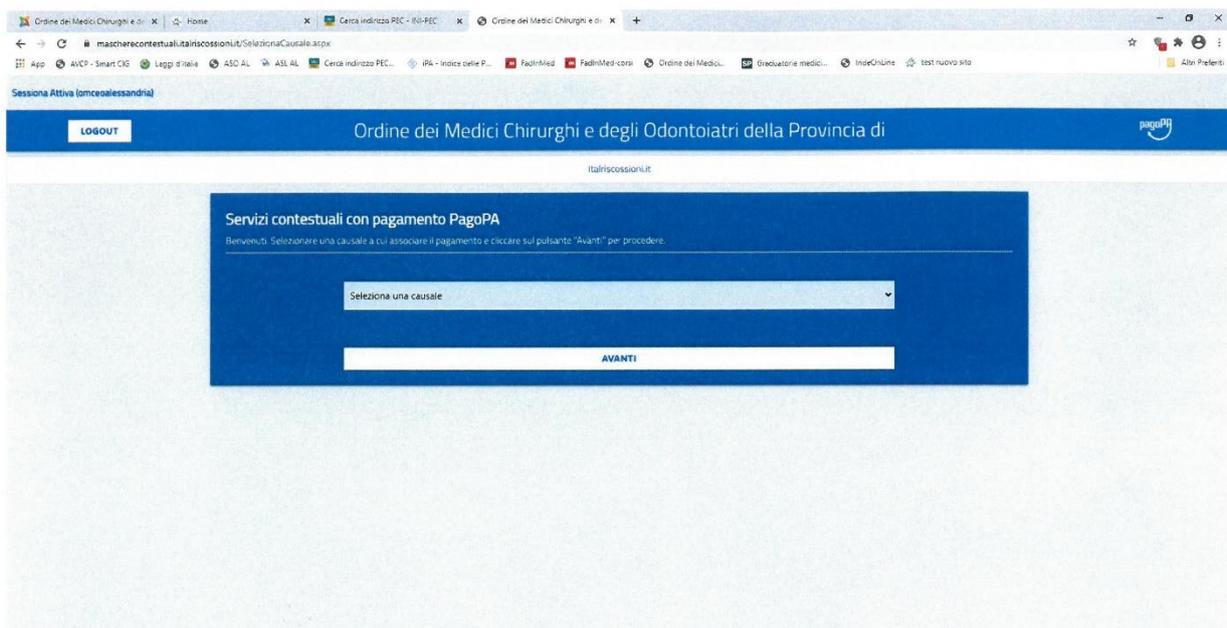
Tramite il link si accede alla sottoriportata pagina di accesso per la creazione dello IUV per il pagamento della quota dell'Ordine tramite il Sistema PagoPA.

Il medico dovrà cliccare sul tasto “CREA IUV CONTESTUALE”

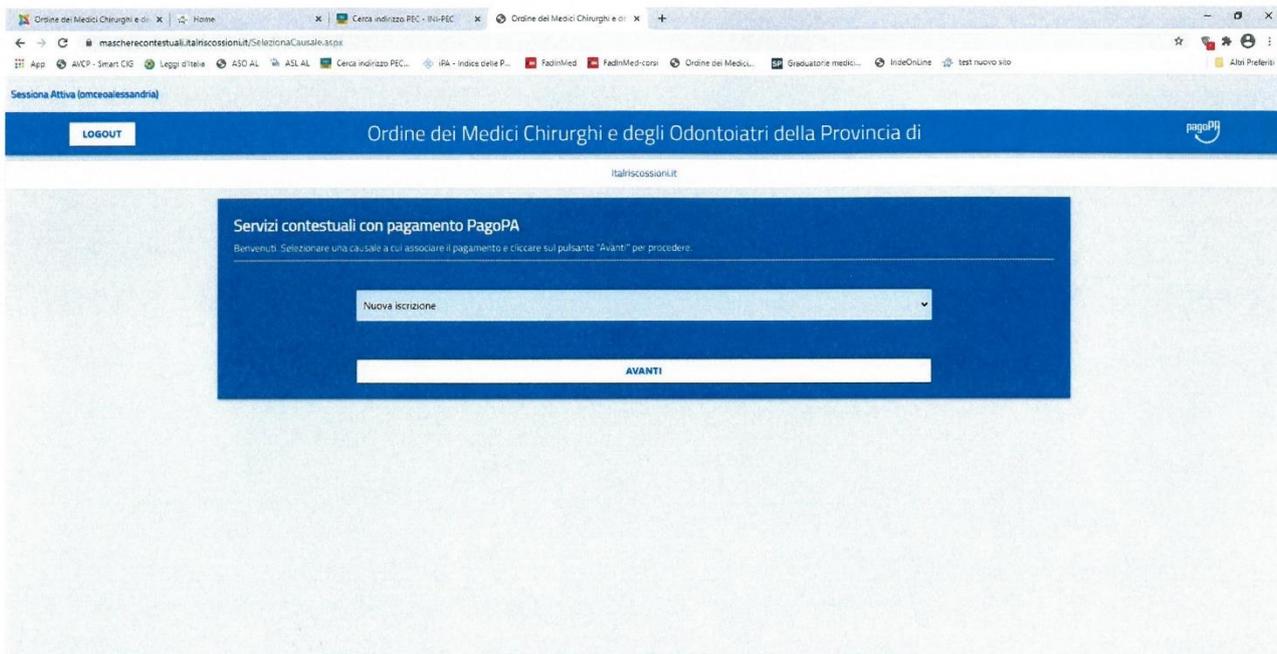


Il medico dovrà selezionare in alto nella tendina sottoriportata la causale scegliendola fra quelle esistenti:

- 1 – nuova iscrizione
- 2 – iscrizione STP
- 3 – prima duplice iscrizione

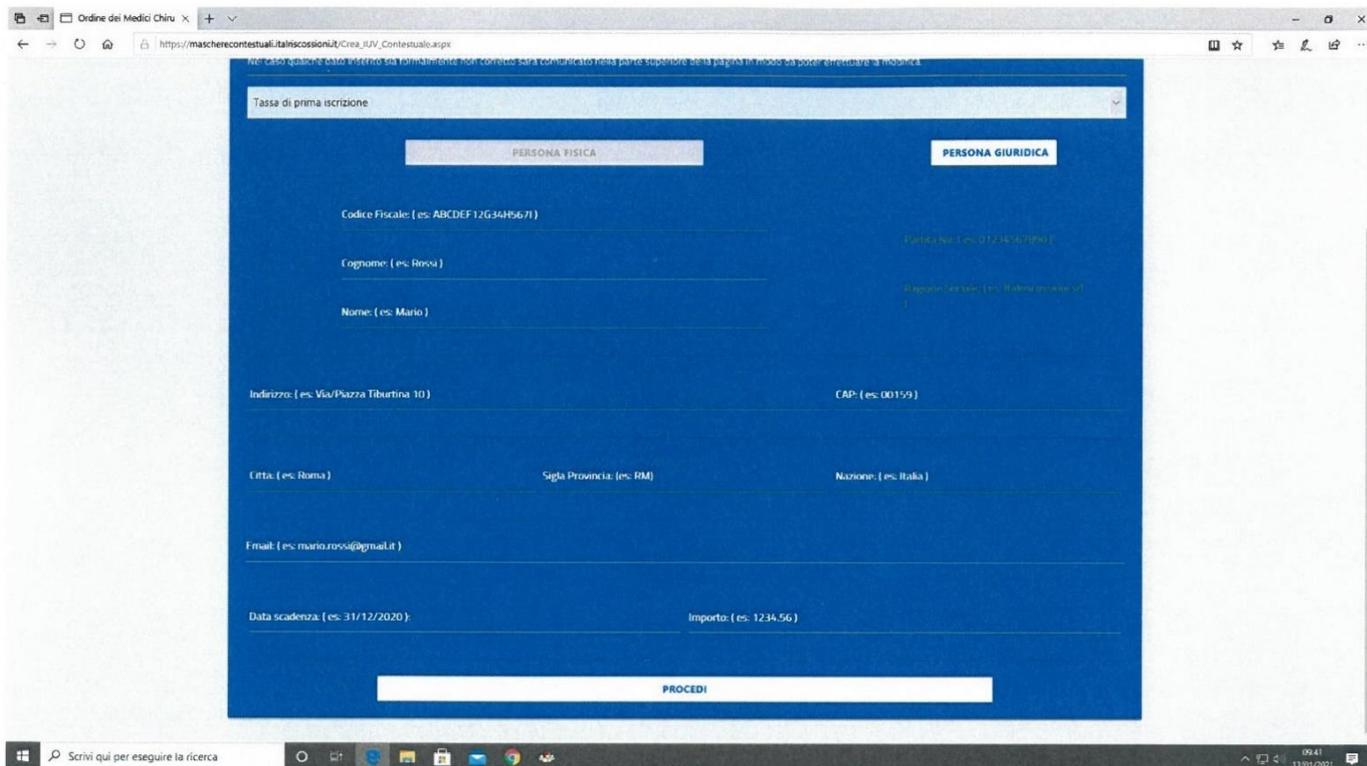


A questo punto occorre cliccare su AVANTI per proseguire con la compilazione della schermata



SERVIZIO DI CREAZIONE IUV CONTESTUALE

Se il medico è una "PERSONA FISICA" selezionerà il bottone "persona fisica" e compilerà i campi della stessa schermata



Se invece è una società (STP), si selezionerà “PERSONA GIURIDICA” e si compilerà la maschera della persona giuridica

The screenshot shows a web browser window with the URL <https://mascherecontestuali.it/ricreazione/CreazioneIUVContestuale.aspx>. The page title is "Mascherecontestuali.it/ricreazione/CreazioneIUVContestuale.aspx". The main content area is a blue form titled "PERSONA FISICA" (selected) and "PERSONA GIURIDICA". The form fields are as follows:

- Tassa di prima iscrizione: [dropdown menu]
- Codice Fiscale: (es. ABCDEF12G34H567I)
- Cognome: (es. Rossi)
- Nome: (es. Mario)
- Indirizzo: (es. Via/Piazza Tiburtina 10)
- CAP: (es. 00159)
- Città: (es. Roma)
- Sigla Provincia: (es. RM)
- Nazione: (es. Italia)
- Email: (es. mario.rossi@gmail.it)
- Data scadenza: (es. 31/12/2020)
- Importo: (es. 1234,56)

A "PROCEDE" button is located at the bottom of the form.

L'IMPORTO relativo alla quota è preimpostato in relazione alle causali:

- 1 – nuova iscrizione € 250,00
- 2 – iscrizione STP € 410,00
- 3 – prima duplice iscrizione € 226,48

La scadenza entro cui pagare lo IUV è già impostata (5 giorni dalla data di emissione). Entro tale data occorrerà pagare, pena l'annullamento dello IUV.

The screenshot shows the same web browser window as above, but with the "PERSONA GIURIDICA" form selected. The form fields are as follows:

- Codice Fiscale: (es. ABCDEF12G34H567I)
- Partita Iva: (es. 01234567890)
- Ragione Sociale: (es. Italmiscosioni srl)
- Indirizzo: (es. Via/Piazza Tiburtina 10)
- CAP: (es. 00159)
- Città: (es. Roma)
- Sigla Provincia: (es. RM)
- Nazione: (es. Italia)
- Email: (es. mario.rossi@gmail.it)
- Data scadenza: (es. 31/12/2020)
- Importo: (es. 1234,56)

A "PROCEDE" button is located at the bottom of the form.

Dopo la compilazione con tutti i dati si cliccherà su **PROCEDI**

Tassa di prima iscrizione

PERSONA FISICA PERSONA GIURIDICA

Codice Fiscale: (es: ABCDEF12G34H567I)

Cognome: (es: Rossi)

Nome: (es: Mario)

Indirizzo: (es: Via/Piazza Tiburtina 10) CAP: (es: 00159)

Città: (es: Roma) Sigla Provincia: (es: RM) Nazione: (es: Italia)

Email: (es: mario.rossi@gmail.it)

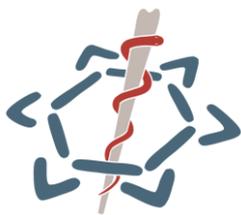
Data scadenza: (es: 31/12/2020) Importo: (es: 1234.56)

PROCEDI

Apparirà una maschera di riepilogo in cui si troveranno indicati i dati anagrafici, il codice IUV e il codice QR.

Comparirà nella stessa schermata anche:

- Il tasto “procedi il pagamento tramite Italscossioni”, cliccando il quale verrà rimandato al portale dei pagamenti di pagoPA per pagamenti on line;
- Il tasto “SCARICA AVVISO”, cliccando sul quale verrà scaricato il pdf dell’avviso **per effettuare il pagamento a sportello presso banche, tabaccherie, ricevitorie Sisal e Lottomatica**
- Nel caso in cui si volesse pagare tramite l’APP IO (scaricabile gratuitamente dalla Play Store di Google sul cellulare) è possibile inquadrare direttamente il codice QR che appare sulla schermata e seguire tutte le procedure.



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	
il	

DICHIARA di aver ricevuto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria per iscritto l'**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**, di averla **LETTA E COMPRESA IN OGNI PUNTO**.

FORNISCE ESPPLICITO CONSENSO AL TRATTAMENTO, vale a dire che il Titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento raccolgano, registrino, conservino, utilizzino, comunichino i suoi dati con strumenti informatici e cartacei per le finalità descritte nella informativa.

Alessandria, _____

Firma

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Antonello Santoro

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel.: 0131.253666

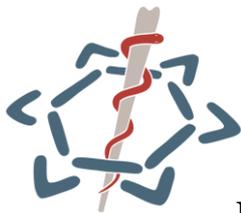
Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedicial@postacert.com

RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it



**INFORMATIVA AGLI ISCRITTI SULLA PRIVACY
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Gent.mo Collega,

in attuazione dell'art. 13 del **Regolamento UE 2016/679** ci è gradito fornirle le seguenti informazioni sul trattamento dei suoi dati personali:

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Antonello Santoro

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel: 0131.253666 - Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedicial@postacert.com

RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it

Base giuridica del trattamento: rapporto con i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri della provincia nell'ambito delle norme e dei servizi degli Ordini professionali.

Finalità del trattamento dei dati: tenuta dell'Albo professionale, promozione delle attività di partecipazione al funzionamento dell'Ordine, esercizio dei procedimenti disciplinari, gestione dell'amministrazione e contabilità dell'Ente, promozione delle attività culturali, realizzazione di iniziative a supporto della formazione continua, interposizione nelle controversie professionali degli iscritti, consulenza e assistenza in materia previdenziale e i correlati adempimenti gestionali e di legge secondo la normativa in tema di Ordini professionali.

La comunicazione dei suoi dati è facoltativa. Il suo eventuale rifiuto impedirà la gestione del rapporto.

Strumenti: i dati saranno raccolti, registrati, conservati, utilizzati, comunicati a terzi con strumenti informatici e su carta.

Soggetti abilitati al trattamento: i suoi dati saranno trattati dal personale dell'Ordine, da Enti esterni con cui l'Ordine intrattiene rapporti in base alle norme di legge, da consulenti esterni in settori specialistici, dal personale tecnico dei fornitori di servizi informatici.

Destinatari dei dati: l'informativa si riferisce al trattamento dei dati per finalità di gestione e funzionamento, in base alle norme di legge, svolti da professionisti specialisti ed Enti esterni su iniziativa dell'Ordine per adempiere alle finalità istituzionali.

I dati personali non saranno trasferiti a un paese terzo né ad un'organizzazione internazionale.

I dati saranno conservati per il periodo prescritto dalle norme di legge in base alla loro tipologia.

Diritti dell'interessato: lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento.

La modalità con la quale può esercitare tali diritti è l'invio di una comunicazione scritta al titolare che espliciti la richiesta ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le modalità fornite in: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/modulistica>

Documento predisposto in data 25.05.2018. Aggiornamento il 01.01.2021 con l'assunzione in carica del Dott. Antonello Santoro che diventa Titolare del Trattamento

Alessandria, 01 gennaio 2021

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO
IL PRESIDENTE
Dott. Antonello Santoro

Via Carlo Pisacane, 21 – 15121 ALESSANDRIA

T: +39 0131 253 666 | **F:** +39 0131 52 455

www: www.ordinemedici.al.it | **@:** omceo@ordinemedici.al.it | **PEC:** ordinemedicial@postacert.com

STRALCIO

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 dicembre 2000, n. 445.

Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. (Testo A)

Articolo 76 (L)*Norme penali*

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e art. 15 Legge 183 del 12.11.2011)

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

Decreto 8 febbraio 2013, n. 34 (GU n. 81 del 06.04.2013)

**Socio professionista o per
finalità d'investimento
(Deve essere sottoscritta
da ciascun socio)**

Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via Pisacane, 21

ALESSANDRIA

Ai sensi della Check List per la Procedura Iscrizione all'Albo Professionale delle STP di cui al Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10, comma 10, della Legge 12 novembre 2011, n. 183, ai fini della verifica da parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dell'osservanza delle disposizioni contenute nel DM 8 febbraio 2013, n. 34 (GU n. 81 del 06.04.2013) e nella Legge 12 novembre, n. 183,

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____
residente

in _____ Via _____ n. _____

nella sua qualità di

Socio Professionista
(indicare se Legale Rappresentante, Socio Professionista con relativa qualifica e iscrizione Albo Professionale) _____

Socio non Professionista per finalità di investimento

Per le società semplici:

Socio Professionista amministratore della Società

Tra Professionisti denominata _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U.-DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

D I C H I A R A

l'insussistenza delle seguenti cause di incompatibilità (previste dall'art. 6 del Decreto 34/08.02.2013) per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico:

		Indicare Sì o No		Requisiti essenziali per iscrizione
1	Il sottoscritto partecipa ad altre Società Professionali in qualunque forma ed a qualunque titolo, indipendentemente dall'oggetto della stessa STP.	...	...	No
2	Il sottoscritto Socio professionista è in regola con il pagamento dei contributi previdenziali ENPAM (indicare eventuale altro Ente .....)	...	...	Sì
3	Il sottoscritto è cittadino europeo.	...	...	Sì

✍

4	Il sottoscritto Socio per finalità d'investimento:				
a	è 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, n. 34 <i>*1) certificato del casellario giudiziale pulito;</i> <i>2) certificato attestante la buona condotta morale e civile (dichiarazione possesso requisiti onorabilità);</i> <i>3) certificato attestante il godimento dei diritti civili;</i> <i>4) non ha riportato condanna penale che, a norma della legge 12/1979, comporta la radiazione dall'albo, salvo quanto stabilito dall'articolo 38 della stessa legge.</i>	...	...	Si	
b	il sottoscritto ha 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;	...	...	No	
c	il sottoscritto è stato cancellato da un albo professionale per motivi disciplinari;	...	...	No	
d	risultano applicate nei suoi confronti, anche in primo grado, misure di prevenzione personali o reali;	...	...	No	

Dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs.196/2003 e successive modificazioni, in conformità al DLCPS 233/1946, al DPR 221/1950 ed al D.M. 34/2013, e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Data _____

Il/La dichiarante

Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e art. 15 Legge 183 del 12.11.2011)

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

Decreto 8 febbraio 2013, n. 34 (GU n. 81 del 06.04.2013)

Dichiarazione per la Società in cui vengono esercitate attività odontoiatriche e in cui siano presenti Odontotecnici quali Soci non professionisti, non iscritti all'Albo Professionale degli Odontoiatri.

Da utilizzare inoltre anche per le Società in cui siano presenti altri Soci non abilitati alla professione medica o odontoiatrica (es. tecnici della riabilitazione, optometristi, infermieri, igienisti dentali, ecc.): all'uopo la dicitura "odontotecnico" dovrà essere sostituita.

**Socio non professionista
per prestazioni tecniche**

Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via Pisacane, 21

ALESSANDRIA

Ai sensi della Check List per la Procedura Iscrizione all'Albo Professionale delle STP di cui al Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10, comma 10, della Legge 12 novembre 2011, n. 183, ai fini della verifica da parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dell'osservanza delle disposizioni contenute nel DM 8 febbraio 2013, n. 34 (GU n. 81 del 06.04.2013) e nella Legge 12 novembre, n. 183,

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____,

odontotecnico nella sua qualità di _____
(indicare se Socio non Professionista per finalità di investimento o per prestazioni tecniche) della
Società Tra Professionisti denominata _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U.-DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

D I C H I A R A

l'insussistenza delle seguenti cause di incompatibilità (previste dall'art. 6 del Decreto 34/08.02.2013) per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico:

		Indicare Sì o No		Requisiti essenziali per iscrizione
1	Il sottoscritto partecipa ad altre Società Professionali in qualunque forma ed a qualunque titolo, indipendentemente dall'oggetto della stessa STP.	...	...	No
2	Il sottoscritto Socio professionista è in regola con il pagamento dei contributi previdenziali ENPAM (indicare eventuale altro Ente	=	=	Sì
3	Il sottoscritto è cittadino europeo.	...	...	Sì

✍

