

ADEMPIMENTI PER L' ISCRIZIONE DELLE SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI

- 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 e/o statuto 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;
 - b) dei Soci iscritti all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone;
 - 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;
 - 7) fotocopia del codice fiscale del legale rappresentante;
 - 8) fotocopia del codice fiscale e/o della partita Iva della Società;
 - 9) fotocopia della ricevuta di versamento della "tassa annuale d'iscrizione della Società all'Albo Sezione Speciale STP", di € **500,00**, da versarsi **ESCLUSIVAMENTE A MEZZO "pago-Pa"**, intestato a: Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone. Gli estremi del bollettino pago-Pa verranno forniti dalla segreteria;
 - 10) attestazione versamento della "Tassa sulle Concessioni Governative" (codice tariffa 8617) di € **168,00**, da versare sul c/c postale n. **8003**, intestato a "Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara";
 - 11) fotocopia della ricevuta di versamento della tassa annuale di iscrizione nell'albo speciale delle STP, da parte di ogni socio della STP, pari a **140,00€ ciascuno**, da versarsi **ESCLUSIVAMENTE A MEZZO "pago-Pa"**, intestato a: Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone. Gli estremi del bollettino pago-Pa verranno forniti dalla segreteria.

Le disposizioni per le autocertificazioni si applicano ai Cittadini Italiani e dell'Unione Europea.

- Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni, si informa che i dati personali obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione nell'Albo sono raccolti, trattati anche con strumenti informatici e detenuti nella sede dell'Ordine, in conformità al D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 e al D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, al solo fine dell'espletamento dei compiti ivi previsti.

DOMANDA AUTOCERTIFICAZIONE PER L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DELLE STP

marca da bollo
di € 16,00

Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Via Fosse Ardeatine n. 101
03100 FROSINONE

Il 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 _____

C. F. _____ PartitaIva _____

^d Domicilio digitale (PEC) Società: _____ Responsabile: _____

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 codesto Ordine.

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

- 1) atto costitutivo e/o statuto 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;
 - b) dei Soci iscritti all'Albo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone;
 - 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) a) fotocopia ricevuta versamento della "Tassa d'Iscrizione all'Albo Sezione Speciale STP", di **€500,00**, da versarsi **ESCLUSIVAMENTE A MEZZO "pago-Pa"**, intestato a: Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone. Gli estremi del bollettino pago-Pa verranno forniti dalla segreteria;
- b) fotocopia della ricevuta di versamento della tassa annuale di iscrizione nell'albo speciale delle STP, da parte di ogni socio della STP, pari a **140,00€ ciascuno**, da versarsi **ESCLUSIVAMENTE A MEZZO "pago-Pa"**, intestato a: Ordine Prov. dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone. Gli estremi del bollettino pago-Pa verranno forniti dalla segreteria;
- 10) attestazione del versamento della "Tassa sulle Concessione Governative" di € 168,00, da versare sul c/c postale n. **8003**, intestato a "Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara" (codice tariffa 8617).

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, non rientrano nei casi di incompatibilità sopra previsti;**
- **che tutti i Soci sono Cittadini Europei.**

Il sottoscritto dichiara infine:

- **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 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.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

DATA _____

FIRMA

20-2-2001

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 42

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.

A cura di ogni socio

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e Art. 15 Legge 183 del 12.11.2011)
Ai sensi del DM 8 febbraio 2013, n. 34 (GU n. 81 del 06.04.2013)

Dichiarazione dei Soci STP

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine Prov. dei
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Via Fosse Ardeatine, 101
03100 Frosinone

Ai sensi della Check List per la Procedura di Iscrizione all'Albo 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 _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

nella sua qualità di _____
(indicare se Legale Rappresentante, Socio Professionista con relativa qualifica e iscrizione all'Albo Professionale, Socio Non Professionista per finalità di investimento. Per le società semplici: Socio Professionista Amministratore della Società)
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

di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [] e/o degli Odontoiatri [] della Provincia di _____;

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;

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 È 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**