

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NON SUSSISTENZA DI SITUAZIONI
DI INCOMPATIBILITA' CON L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE
DI DOTTORE COMMERCIALISTA E/O DI ESPERTO CONTABILE.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il _____, residente a _____ (),
in Via/Piazza _____, n. ____, iscritto all'Ordine dei
Dottori Commercialisti e Esperti Contabili di Padova dal _____ al n. _____,

PREMESSO

- di aver preso attentamente visione e cognizione:
 - a) del D.Lgs. 139 del 28 giugno 2005 ed in particolare del disposto dell'art. 4 in ordine alle cause di incompatibilità;
 - b) del procedimento per la valutazione delle incompatibilità approvato con decreto emesso dal Direttore Generale della Giustizia Civile in data 18 luglio 2003, pubblicato sulla G.U. n. 172 del 26 luglio 2003;
 - c) delle note interpretative della disciplina delle incompatibilità, nonché del loro aggiornamento, emanate dal CNDCEC il 13 ottobre 2010 e il 01 marzo 2012;

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero:

- di non trovarsi **alla data del 31 dicembre 2015** in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'Ordinamento Professionale e del predetto procedimento di valutazione.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003:

I dati personali sopra riportati sono raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per la valutazione delle incompatibilità, per la quale la presente dichiarazione sostitutiva viene resa, nei modi e nei limiti necessari per ottenere la predetta valutazione.

_____, li _____

Firma di autocertificazione _____

Allegato: copia documento di riconoscimento in corso di validità.