

## **DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO DELLE SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI (STP)**

**Al Consiglio Direttivo  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
di Cosenza**

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. Dichiaro di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, legale rappresentante della Società Tra  
Professionisti denominata \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_,  
iscritta al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_ al n° REA \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_, P.Iva \_\_\_\_\_, 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 dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Cosenza.

Allega alla presente la documentazione come da elenco sotto riportato:

1. Copia Atto Costitutivo;
2. Elenco nominativo dei soci;
3. Visura iscrizione della Società nella Sezione Speciale del Registro delle Imprese di Cosenza;
4. Dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità dei soci (art. 6 D.M. 8 febbraio 2013 n° 34);
5. Documento riconoscimento dei Soci;
6. Fotocopia rilascio numero partita iva Società;
7. Ricevuta del versamento "tassa concessione governativa" di 168,00 € sul c/c postale n. 8003 –  
Codice 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 28/1<sup>2</sup>/2000 n° 448)

### DICHIARA

- 1)  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. 1<sup>2</sup>/1/2011 n° 183);
- 2)  che ciascuno dei Soci Professionisti è in regola con il pagamento dei contributi previdenziali alla propria Cassa Pensioni;
- 3)  che i Soci non risultano partecipare ad altre Società Professionali in qualunque forma e a qualunque titolo, indipendentemente dall'oggetto della stessa STP;
- 4) **che ci sono**  ovvero **non ci sono**  Soci per finalità d'investimento non Professionisti;
- 5)  che il legale rappresentante e gli amministratori Soci non rientrano nei casi di incompatibilità sopra previsti;
- 6)  che tutti i Soci sono cittadini europei;
- 7)  che le prestazioni sanitarie sono svolte esclusivamente da parte dei Soci in possesso del titolo abilitante allo svolgimento di dette prestazioni, iscritti all'Albo Professionale degli Odontoiatri. Il sottoscritto dichiara infine:
- 8)  di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti;
- 9)  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 sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 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.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**SOCI PROFESSIONISTI**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel.  
\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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/a all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [ ] al n. .... e/o degli Odontoiatri [ ] al n. .... della Provincia di .....

1)  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;

2)  di non essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;

3)  di **non** aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale, **ovvero**  di **avere** riportato le seguenti 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).

4)  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, **ovvero**  di **avere** riportato le seguenti condanne penali e/o i seguenti provvedimenti giudiziari:.....  
.....

5)  di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

6)  di godere dei diritti civili;

- 7)  di **non essere** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- 8)  di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

Il/La sottoscritto/a, altresì, dichiara di  **non essere mai stato/a** iscritto/a negli albi professionali di altro Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri del territorio nazionale, **ovvero** di  essere stato/a iscritto/a all'Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di ..... all'Albo dei Medici-Chirurghi dal ..... al n. .... e/o all'Albo degli Odontoiatri dal ..... al n. ....

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

**Data**

**Firma**

**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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**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:**

- 1)  di **non essere** stato cancellato dall'Albo professionale per motivi disciplinari;
- 2)  di **non** aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale, **ovvero**  di **avere** riportato le seguenti 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).
- 3)  di **non** aver riportato condanne penali e di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa, **ovvero**  di **avere** riportato le seguenti condanne penali e/o i seguenti provvedimenti giudiziari:.....  
.....
- 4)  di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 5)  di godere dei diritti civili;
- 6)  di **non essere** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- 7)  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;
- 8)  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;

- 9)  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**);
- 10)  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**