**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA:**

**NON SUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA’ PER L’ESERCIZIO DELLA PROFESSIONEDI DOTTORE COMMERCIALISTA E DI ESPERTO CONTABILE - SOTTOSCRIZIONE POLIZZA ASSICURATIVA PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Viterbo al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PREMESSO**

di aver preso attentamente visione e cognizione dell’art. 4 del D.Lgs. 28/06/2005 n. 139 (Ordinamento Professionale), delle note interpretative approvate dal CNDCEC il 13/10/2010 e delle note interpretative sulla disciplina delle incompatibilità di cui all’art. 4 del D.Lgs del 28/06/2005 n. 139 aggiornato al 1 marzo 2012

**DICHIARA**

ai sensi dell’art. 46 e dell’art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 in materia di snellimento dell’attività amministrativa e consapevole delle responsabilità penali previste dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero:

* di non trovarsi alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall’Ordinamento Professionale;

in virtù di quanto dettato dal D.L. 138/2011 ed in ottemperanza all’Art.5 del D.P.R. 137/07.08.2012 per la stipula della RC Professionale

* di aver stipulato in via personale polizza RC professionale con la Compagnia Assicurativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_massimale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di aver stipulato in forma collettiva attraverso lo Studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ polizza RC professionale con la Compagnia Assicurativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ massimale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Firma di autocertificazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In allegato: copia documento di riconoscimento in corso di validità.