

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLO STATO GIURIDICO-PROFESSIONALE
(Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
_____ (_____), il _____, Residente in Comune di _____
_____, CAP _____, Via _____ n. _____,
Telefono _____, Fax _____, Cellulare _____,
E- mail _____, PEC _____,

Iscritto presso l'Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali della provincia di Treviso al n. _____,
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la
propria personale responsabilità (art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

DICHIARA

(barrare una o più opzioni)

di svolgere la libera professione, anche in maniera saltuaria, e di non avere alcun rapporto di lavoro dipendente
con la Pubblica Amministrazione

Di seguito indica i dati del proprio studio (anche Associato):

Denominazione _____, con sede in
_____ CAP _____, Via _____ n. _____,
Telefono _____, Fax _____, P. IVA _____

di essere dipendente di Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieta l'esercizio della libera professione
(status di iscritto CON annotazione a margine ai sensi dell'art. 1 D.P.R. 20.4.1981, n. 350)

Denominazione P.A. _____, con sede in
_____ CAP _____, Via _____ n. _____,
Telefono _____, Fax _____,

di essere dipendente di Pubblica Amministrazione il cui ordinamento consente l'esercizio della libera professione
(status di iscritto SENZA annotazione a margine ai sensi dell'art.2 D.P.R. 20.4.1981, n. 350)

(specificare: per es. insegnante presso Istituto _____
_____)

di essere autorizzato all'esercizio della libera professione, con autorizzazione rilasciata dall'Amministrazione
di appartenenza depositata annualmente presso la sede dell'Ordine provinciale
(in questo caso, indicare anche i dati del proprio studio, impiegando le righe più sopra disponibili)

di essere dipendente di associazione/società/studio o ditta privata e di svolgere per essa attività professionale¹

Denominazione _____, con sede in
_____ CAP _____, Via _____ n. _____,
Telefono _____, Fax _____,

- che pur essendo iscritto all'Ordine non esercita la professione¹, in forma libera o dipendente, neppure in forma saltuaria perché
- pensionato
(indicare lavoro precedente: _____)
 - svolge altra professione (precisare: _____)
 - altro (precisare: _____)

Dichiara inoltre:

- di essere in possesso del timbro (riprodurre timbro nel riquadro sottostante per verificare conformità a standard fissati da Circolari e Regolamenti CONAF)
- oppure
- di voler chiedere il rilascio del timbro
- di NON voler chiedere il rilascio del timbro
- di aver restituito volontariamente il timbro, che risulta depositato in sede
-

Dichiara inoltre:

- di essere iscritto all'Epap dal _____ con numero di matricola _____
- di essere iscritto all'Epap dal _____ con numero di matricola _____, ma di non essere contribuente attivo (precisare il motivo: _____)
- di essere iscritto ad altro Ente previdenziale (precisare: Ente _____
_____ dal _____ n. iscrizione _____)
- di non essere tenuto all'iscrizione ad alcun Ente previdenziale

Dichiara inoltre:

- di essere assicurato con polizza collettiva nazionale
- di essere assicurato con polizza individuale di libera scelta, che ho provveduto a segnalare in Sidaf mediante il mio profilo personale
(precisare Compagnia: _____)
- di non essere tenuto alla stipula di una polizza di assicurazione
(precisare motivo: _____)

Dichiara inoltre:

- di essere in possesso della Smart Card professionale
- di non essere in possesso della Smart Card professionale

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione dei dati personali riportati su Sidaf, e che gli stessi sono corretti
- di non aver preso visione dei dati riportati su Sidaf perché _____

Dichiara inoltre:

- che qualora venisse prevista una riduzione della quota per gli iscritti che non esercitano neppure occasionalmente la professione¹, aderirebbe a tale possibilità depositando volontariamente il timbro e impegnandosi a non svolgere la professione in alcun modo

Note: ¹ per esercizio dell'attività professionale, sia in forma autonoma che dipendente, si intende lo svolgimento delle attività elencate all'art. 2 della Legge n. 3/1976

Si ricorda che ai sensi dell'art.33, comma 2, dell'Ordinamento Professionale, L. 3/76 e succ. modificazioni, l'iscritto è tenuto obbligatoriamente a notificare all'Ordine Provinciale ogni variazione della sua residenza e del suo stato giuridico-professionale nei termini di 60 giorni dall'avvenuta variazione.

(luogo, data)

Il/la dichiarante

Allegare fotocopia del documento di identità valido.

I dati personali e sensibili forniti mediante il presente modulo saranno trattati esclusivamente dall'Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali per l'adempimento degli obblighi istituzionale dell'Ente, ivi compreso il mantenimento dell'Albo Unico Nazionale. La presente vale ai fini dell'informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003. Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003 in qualsiasi momento l'interessato può esercitare i suoi diritti in merito ad un eventuale trattamento non autorizzato.

(luogo, data)

Il/la dichiarante

DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DEI DATI

Con riferimento a quanto più sopra indicato, lo scrivente chiede che vengano pubblicati sul sito dell'Ordine e nell'Albo Professionale i seguenti dati:

- indirizzo di residenza
- indirizzo di studio
- indirizzo email
- numero di telefono
- numero di cellulare
- chiedo che NON venga pubblicato alcun mio dato, ad eccezione di quelli obbligatori (nome, titolo professionale, timbro, PEC)

(luogo, data)

Il/la dichiarante

N.B: il presente modulo, compilato in tutte le sue parti, deve essere restituito dall'iscritto all'Ordine in occasione della **Assemblea ordinaria 2018** oppure consegnato a mano in sede o trasmesso a mezzo PEC o Raccomandata A/R entro 60 giorni dalla data di ricevimento.