

**FAC SIMILE SU PROPRIA CARTA INTESTATA
IN ORIGINALE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI NON SUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' CON L'ESERCIZIO DELLA
PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO CONTABILE**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ provincia _____ il _____
con studio professionale in _____ via _____ n. _____
iscritto/a all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili del Circondario del
Tribunale di Varese dal _____ al n. _____ di posizione,

PREMESSO

di aver preso attentamente visione e cognizione:

- a) dell'art. 4 del D. Lgs. 28 giugno 2005, n. 139;
- b) delle note interpretative circa la disciplina delle incompatibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs. 28 giugno 2005, n. 139 approvate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili con delibera del 13 ottobre 2010,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del D.P.R. 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 di cui al D.Lgs. 28 giugno 2005, n. 139 nonché dalle note interpretative sopra richiamate.

Data, _____

Firma di autocertificazione

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.