

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
di
COPERTURA ASSICURATIVA PROFESSIONALE A TUTELA DEL CLIENTE

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.5 del D.P.R. 7 agosto 2012, n.137 del (regolamento di delegificazione in materia di professioni regolamentate)

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 avere la copertura assicurativa contro i rischi di responsabilità civile verso terzi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, come previsto dalla normativa vigente.

Si indicano:

- gli estremi della polizza professionale attualmente in corso: _____

- il relativo massimale: _____

- ogni variazione successiva alla data di stipula: _____

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.