

**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

ANNO 2017

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 1 marzo 2012,

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.