

Marca da

Bollo €16,00

Domanda di Iscrizione all'Albo Società tra Professionisti (STP)

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PRATO

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (prov. _____) il _____

codice fiscale _____ residente a _____

(prov. _____) CAP _____ via _____ n. _____

in qualità di legale rappresentante della Società tra Professionisti denominata _____

con sede legale a _____ Via _____

n. _____

email _____ Pec _____

iscritta al registro delle imprese di _____ al n. _____ dal _____

_____ avente come oggetto sociale _____

CHIEDE

a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, di iscrivere detta Società nella **Sezione Speciale Società tra Professionisti dell'Albo di Prato**

-Il sottoscritto si impegna a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti, comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo email e PEC;

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Prato, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tratterà i suoi dati personali in formato elettronico e cartaceo secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza per adempiere a tutti gli obblighi previsti dalla normativa nazionale ed europea.

Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio in quanto una mancata autorizzazione renderebbe impossibile l'esecuzione del servizio o il perfezionamento del contratto e/o l'elaborazione di una sua richiesta.

I Suoi dati, inoltre, potranno essere comunicati a soggetti cui l'accesso ai dati sia riconosciuto da disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, a responsabili esterni e/o a soggetti regolarmente autorizzati e formati sul Trattamento dei dati personali.

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR) e, ricorrendone i presupposti, ha, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste. Maggiori e più puntuali informazioni circa il trattamento dei Suoi dati potranno essere forniti contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo e-mail segreteria@omceopo.org

Con la sottoscrizione della presente, dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa Privacy.

Data _____

Firma _____

Si allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato:

1. Atto costitutivo e statuto della società in copia autenticata o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
2. Elenco nominativo:
 - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei soci iscritti all'Albo;
 - c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
3. Certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
4. Certificato di iscrizione nella sezione speciale del Registro delle Imprese;
5. Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del DM n. 34/2013; (La partecipazione ad una società è incompatibile con la partecipazione ad altra società tra professionisti);
6. Attestazione del versamento di 168,00 euro, da effettuarsi sul C/C postale n.8003 intestato Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative (Codice Tariffa 8617);
7. Ricevuta del versamento della tassa annuale pari a € 300,00
8. Ricevuta del pagamento di € 15,00 per diritti di segreteria

Entrambi i pagamenti (Tassa annuale e diritti di segreteria) sono da effettuarsi separatamente tramite PAGOPA seguendo le istruzioni qui riportate:

- Accedere alla piattaforma all'indirizzo <https://iris.rete.toscana.it/public/>
- Cliccare sulla voce di menù PAGAMENTI SPONTANEI
- Nell'elenco degli Enti Pubblici che compare, scegliere ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI DI PRATO
- Cliccare sul tipo di pagamento da effettuare
- Digitare l'importo del pagamento da effettuare e compilare tutti i dati richiesti; nella causale indicare: *Iscrizione STP* (specificare la denominazione della Società).
- Verificare i dati inseriti, digitare il codice di controllo e poi cliccare su aggiungi al carrello
- Al riepilogo, cliccare su PAGA
- Digitare nuovamente il codice fiscale di chi effettua il versamento e la casella di posta elettronica alla quale ricevere la notifica dell'avvenuto pagamento. Quindi cliccare su PAGA
- Alla successiva schermata, scegliere se accedere con la propria identità digitale SPID, oppure se accedere con la propria e-mail
- Accettare la privacy policy e successivamente scegliere lo strumento di pagamento
- A questo punto verranno richiesti i riferimenti dello strumento di pagamento prescelto (carta di credito, carta di debito, home banking, paypal, ecc.) e sulla base dello specifico strumento, si completerà la procedura di pagamento. Alla propria casella e-mail arriverà la notifica dell'avvenuto pagamento con il link per scaricare la ricevuta. In ogni caso è sempre possibile recuperare la ricevuta tornando sul sito <https://iris.rete.toscana.it/public/> e cliccando su STORICO PAGAMENTI. Inserendo il codice di pagamento inviato per e-mail e il codice di controllo e poi cliccando su CERCA, sarà possibile effettuare nuovamente il download della ricevuta.

Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli art. 46 e 47."

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

Sottoscrittore identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto
in sua presenza l'istanza.

Data _____ Firma _____

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

Promemoria per la compilazione della domanda di iscrizione:

La domanda di iscrizione deve contenere i seguenti dati e/o allegati:

- PROVINCIA ISCRIZIONE
- NUMERO E DATA ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DEL REGISTRO DELLE
IMPRESE
- RAGIONE SOCIALE
- SEDE LEGALE
- ALTRE SEDI SECONDARIE
- LEGALE RAPPRESENTANTE
- SOCI PROFESSIONISTI
- SOCI PER FINALITA' DI INVESTIMENTO
- OGGETTO ATTIVITA' PROFESSIONALE PREVALENTE
- ALTRE ATTIVITA' PROFESSIONALI RICOMPRESSE NELL'OGGETTO

Dichiarazione di insussistenza di cause di Incompatibilità (art. 6)

2 I soci professionisti sono in regola con il pagamento dei contributi previdenziali

3 I soci per finalità di investimento:

a sono in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale* cui la società è iscritta ai sensi dell'articolo 8 del DM 8 febbraio 2013, nr. 34

1. **certificato del casellario giudiziario pulito;*
2. *certificato attestante la buona condotta morale e civile (dichiarazione possesso requisiti di o onorabilità);*
3. *certificato attestante il godimento dei diritti civili;*
4. *non aver riportato condanna penale che, a norma della legge 12/1979 comporta la radiazione dall'albo, salvo quanto stabilito dall'articolo 38 della stessa legge.*

5 Il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale dei professionisti è tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci*

**art. 10, comma 4, L. 12 novembre 2011, n. 183*

La domanda di iscrizione (art. 9)

6 La richiesta di iscrizione alla sezione speciale del registro delle imprese è stata prodotta da chi ha la rappresentanza della società

7 La sede legale della società tra professionisti coincide con la provincia del Consiglio dell'Ordine

a è stato allegato l'atto costitutivo e lo statuto della società in copia autenticata

b è stato allegato il certificato di iscrizione alla sezione speciale del registro delle imprese

c è stato allegato il certificato di iscrizione all'albo, elenco o registro dei soci professionisti che non sono iscritti presso l'Ordine o il collegio cui è rivolta la domanda

8 nel caso di società tra professionisti costituita nella forma della società semplice è stata allegata, in luogo dell'atto costitutivo e lo statuto, una dichiarazione autenticata del socio professionista cui spetti l'amministrazione della società

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PRATO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO SOCI PROFESSIONISTI

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [] e/o degli Odontoiatri [] della Provincia di _____ al n. _____

di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non essere socio (professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento) di altre società tra professionisti anche di natura multidisciplinare;

di non essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;

di **non** aver riportato condanne penali e di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

di **non** aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

di **avere** riportato condanne penali;

(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).

di godere dei diritti civili;

di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

I_ sottoscritt_ , altresì, dichiara di **non** essere **mai stato** iscritto negli albi professionali di altro ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando) _____

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data Firma

INVIO x POSTA/Fax/e-mail ecc ... (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del: Sig./Sig.ra _____

(Timbro e firma del funzionario)

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PRATO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – PERSONE FISICHE

▪SOCI NON PROFESSIONISTI PER FINALITA' DI INVESTIMENTO

▪SOCI NON PROFESSIONISTI PER PRESTAZIONI TECNICHE

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____

e-mail _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', QUANTO SEGUE:

- di **non essere** stato cancellato dall'Albo professionale per motivi disciplinari;
- di **non aver** riportato condanne penali e di **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di **non essere** a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di **non aver** riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di **avere** riportato condanne penali;
(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non partecipare ad altre Società Tra Professionisti;
- di **non aver** riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;
- di **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D.Lgs.n. 159 del 2011 (misure personali: foglio di via obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione

della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data Firma

INVIO x POSTA/Fax/e-mail ecc ... (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del: Sig./Sig.ra _____

(Timbro e firma del funzionario)