

MARCA DA
BOLLO DA
€ 16,00

AI CONSIGLIO
DELL'ORDINE DEI DOTTORI AGRONOMI
E DEI DOTTORI FORESTALI
DI AGRIGENTO

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

Il/La sottoscritt _____ nato/a il _____ a

_____ Provincia _____, residente in via/piazza _____

C.A.P. _____ località _____ Comune _____

Provincia _____ Telefoni: Fisso _____, Fax _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____ indirizzo PEC _____

Codice Fiscale n. _____ P. IVA _____

presa visione della informativa di cui all'articolo 13 del D. Lgs. 196 del 30.06.2003; CHIEDE di essere iscritt__
all'Albo professionale dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di Agrigento.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- 1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 46, D.P.R. n. 445/2000;
- 2) Dichiarazione sullo stato giuridico professionale;
- 3) Ricevuta attestante il versamento di Euro 168,00 per tassa Concessione Governativa c.c.p. n. 8904 intestato a "Agenzia delle Entrate Ufficio di Roma", tasse Concessioni Governative;
- 4) Ricevuta del versamento della quota domanda d'iscrizione, versata sul **c/c bancario n° IT96A0103016601000063131952**, intestato **all'Ordine dei Dottori Agronomi e Forestali di Agrigento, via Dante 117 Agrigento, pari a: a. € 180.76**;
- 5) Codice Fiscale: fotocopia della tessera sanitaria;
- 6) Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- 7) Certificato di abilitazione professionale in originale o copia,
- 8) Certificato di Laurea;
- 9) N° 1 fotografica digitale formato tessera in .jpg;
- 10) Modulo consenso al trattamento dati personali non obbligatori;
- 11) Certificato casellario giudiziale;

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

La dichiarazione sostitutiva da produrre agli organi della P.A. o ai gestori/esercenti di pubblici servizi è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, ovvero sottoscritta e presentata unicamente a fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Tali modalità operative garantiscono l'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'articolo 38 comma I del DPR 445/2000

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt _____, presa visione della informativa di cui all'articolo 13 del D. Lgs. 196 del 30.06.2003 e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- ⇒ di essere nat__ a _____ (Prov. ____) il _____;
- ⇒ di essere residente a _____ (Prov. ____), in Via/piazza/località _____
n. ____, CAP _____, Tel. _____, Fax _____
Cell. _____, E-mail _____
PEC _____
- ⇒ di essere cittadino _____;
- ⇒ di godere dei diritti politici e civili;
- ⇒ di non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellari giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- ⇒ di essere in possesso della Laurea in _____ Cod. Classe _____ Descrizione Classe _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____ / ____;
- ⇒ di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di Dottore Agronomo e Dottore Forestale conseguita presso l'Università degli Studi di _____ nella ____ sessione relativa all'anno _____ Voto _____;
- ⇒ Di voler essere iscritto nella sezione dell'albo professionale A Senior B Junior
- ⇒ di non essere iscritto e di non aver richiesto l'iscrizione ad altro Albo professionale;
- ⇒ di avere il seguente C.F. _____;
- ⇒ di avere la seguente P. IVA _____;
- ⇒ di essere a conoscenza che il D. Lgs 10 febbraio 1996, n. 103 ha sancito l'obbligatorietà dell'iscrizione alla cassa di previdenza ed assistenza EPAP per tutti i dottori Agronomi e Forestali che esercitano la libera professione, sia in forma singola che associata, anche sotto forma di prestazione saltuaria e/o occasionale o collaborazione coordinata e continuativa ed anche se svolgono contemporaneamente attività di lavoratore dipendente;

Si impegna altresì a notificare a codesto rispettabile Ordine, ai sensi dell'art. 33 della legge 7/1/1976 n. 3, entro sessanta giorni, ogni variazione della residenza o del proprio domicilio professionale, del proprio indirizzo e-mail, PEC, recapiti telefonici.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

DICHIARAZIONE DELLO STATO GIURIDICO PROFESSIONALE

(Art. 3 Legge 7/1/1976 n. 3 e 10/2/1992 n. 152)

Il/La sottoscritt : _____ nato/a il _____ a _____
Provincia _____, residente in via/piazza _____ C.A.P. _____
località _____ Comune _____ Provincia _____
Telefoni: Casa _____, Ufficio _____, Fax _____
Cellulare _____ Indirizzo e-mail _____, indirizzo
PEC _____ Codice Fiscale n. _____, P.
IVA _____ presa visione della informativa di cui all'articolo 13 del D. Lgs.
196 del 30.06.2003;

DICHIARA

ai fini del proprio stato giuridico professionale, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità:

- ⇒ di non essere dipendente dello Stato, della Regione o di altro Ente o Pubblica Amministrazione che vincolino l'esercizio della libera professione;
- ⇒ di essere dipendente del _____ e di essere in possesso dell'autorizzazione ad esercitare la libera professione;
- ⇒ di essere dipendente del _____ il cui Ordinamento interno vieta di norma l'esercizio della libera professione.
- ⇒ di non svolgere attività professionale né saltuaria né continuativa in quanto dipendente o titolare di azienda di diritto privato.

Si impegna altresì a notificare a codesto rispettabile Ordine, ai sensi dell'art. 33 della legge 7/1/1976 n. 3, entro sessanta giorni, ogni variazione del proprio stato giuridico professionale.

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

La dichiarazione sostitutiva da produrre agli organi della P.A. o ai gestori/esercenti di pubblici servizi è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, ovvero sottoscritta e presentata unicamente a fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Tali modalità operative garantiscono l'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'articolo 38 comma I del DPR 445/2000.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NON OBBLIGATORI

L'articolo 30 della Legge 7 gennaio 1976 n. 3 e successive modifiche ed integrazioni obbliga l'Ordine alla tenuta dell'albo professionale che deve contenere il cognome, il nome, la data e il luogo di nascita, la residenza e l'indirizzo degli iscritti, nonché la data di iscrizione e il titolo in base al quale questa è avvenuta, oltre alla annotazione a margine dello stato giuridico degli iscritti che siano dipendenti pubblici. **Per poter inserire nell'albo ulteriori dati è necessario compilare e firmare l'apposito consenso e restituirlo alla segreteria dell'Ordine.**

Il/La sottoscritto/a, Cognome e nome _____

nato/a _____ il _____ a _____ Provincia

_____ C.F. _____

preso atto dell'informativa di cui all'articolo 13 del D.lgs. 196/2003 (inviata contestualmente alla presente) che dichiara di conoscere, **esprime il proprio consenso al trattamento dei seguenti dati personali non obbligatori**, per le seguenti finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa:

- a) inserimento di informazioni aggiuntive all'interno dell'Albo dell'Ordine dei Dottori Agronomi e Forestali della Provincia di Agrigento;
- b) invio di comunicazioni tramite posta elettronica relativamente a iniziative dell'Ordine, corsi, convegni e seminari, convenzioni in essere o future riservate alla categoria;
- c) inserimento del proprio nominativo in elenchi professionali pubblicati sul sito dell'Ordine.

Consenso al trattamento dei dati personali non obbligatori (Art. 61 D. Lgs 196/2003)

Telefono studio e fax	
Indirizzo dello studio professionale	
Indirizzi e-mail e PEC	
Telefono cellulare	
Telefono residenza	
Specializzazioni (da titoli di Scuola post Universitaria)	
Iscrizioni ad Albi ed Elenchi professionali (Periti Tribunale, RSPP, Sicurezza cantieri, ecc) allegare alla presente copia degli attestati di abilitazione	
Altro (specificare):	

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____

La dichiarazione sostitutiva da produrre agli organi della P.A. o ai gestori/esercenti di pubblici servizi è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto a riceverla, ovvero sottoscritta e presentata unicamente a fotocopia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. Tali modalità operative garantiscono l'autenticità della sottoscrizione ai sensi dell'articolo 38 comma I del DPR 445/2000.