**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

|  |  |
| --- | --- |
| Spazio per il BOLLO: 16,00€ | Al Presidente dell’**Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali della provincia di Frosinone**  Dr Agronomo Massimiliano FRATTALE  Sede |

Il sottoscritto …………………………………………………….., nato il …/…/………… a ……………………………………, prov. (……), residente in …………………………………………., prov. (……….), al seguente indirizzo: Via/V.le/P.zza……………………………………………………………………………al n°……., c.a.p. ……………, Codice Fiscale: …………………………………………………….., domiciliato in Via/V.le/P.zza…………………………………………………………………al n°……., c.a.p. ……………, recapito elettronico (mail): ……………………………………, recapito elettronico certificato (PEC): ……………………………………………………, recapito telefonico: …………………………………………………. in qualità di:

* Aspirante Libero Professionista;
* Legale Rappresentante della società denominata “…………………………………………..” avente C.F. ………………………………………………., P. IVA n° …………………………………………., la cui sede legale è in ………………………….……, prov. (……….); i cui componenti (soci) sono, come da statuto allegato, i seguenti:

1. Sig./Dr/…………………………………….. (Legale Rappresentante), nato il …/…/………… a ……………………………………, prov. (……), residente in …………………………………………., prov. (……….), per una quota societaria pari al ……..%;
2. Sig./Dr/…………………………………….. (Socio), nato il …/…/………… a ……………………………………, prov. (……), residente in …………………………………………., prov. (……….), per una quota societaria pari al ……..%;
3. Sig./Dr/…………………………………….. (Socio), nato il …/…/………… a ……………………………………, prov. (……), residente in …………………………………………., prov. (……….), per una quota societaria pari al ……..%;
4. Sig./Dr/…………………………………….. (Socio), nato il …/…/………… a ……………………………………, prov. (……), residente in …………………………………………., prov. (……….), per una quota societaria pari al ……..%;

essendo in possesso del diploma di Laurea

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PRIMO LIVELLO** |  | **SPECIALISTICA** |  | **MAGISTRALE** |  | **VECCHIO ORDINAMENTO** |

In ……………………………………………………………………, Classe di Laurea ……………………………, conseguita presso l’Ateneo degli Studi di ………………………………………………………….., in data: …………………………….., con votazione: …………../110 …………….. e di abilitazione all’esercizio della professione di DOTTORE ………………………….., conseguita nella ………. sessione di esame di stato presso: ……………………………………………………..

**CHIEDE**

**Di essere iscritto/a all’Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali della provincia di Frosinone**

A tal fine, sotto la propria responsabilità ed edotto delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000 in caso di mendaci dichiarazioni nonché della decadenza degli eventuali benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art.75 del D.P.R. n.445, ai sensi e per gli effetti dell’art.47 del citato D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a dichiara:

|  |  |
| --- | --- |
|  | di NON essere iscritto/a e di NON aver avanzato domanda di iscrizione ad altro Ordine provinciale dei |
|  | Dottori Agronomi e Dottori Forestali; |
|  | Di essere cittadino/a italiano/a; |
|  | Di godere di diritti politi e civili; |
|  | Di NON avere carichi penali e civili pendenti; |
|  | Che il proprio stato giuridico-professionale, alla data della presente dichiarazione, è di |
|  | ……………………………………………… (libero professionista, dipendente, altro), impegnandosi a comunicarne |
|  | tempestivamente la variazione. |
|  | Di essere a conoscenza che il D.Lgs del 6 febbraio 1996 n.103, ha sancito l’obbligatorietà dell’iscrizione |
|  | alla cassa assistenza e previdenza E.P.A.P. per tutti i Dottori Agronomi e Dottori Forestali che esercitano |
|  | Libera professione, sia in forma singola che associata. |
|  |  |

Alla presente si allega e della medesima ne fa parte integrante:

1. N. 2 fototessera;
2. Copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità;
3. Ricevuta di versamento della TASSA DI CONCESSIONE GOVERNATIVA prevista al n.117, lett. B) della tariffa annessa al D.P.R. n.641 del 26.10.1972 e ssmmii di importo pari ad € 168,00, effettuata sul C/C postale n. GU 8003 intestato a Agenzia delle Entrate di Roma, codice tariffa n. 8617 (bollettino precompilato da richiedere agli uffici postali);
4. Modulo di autorizzazione al consenso del trattamento dei dati personali;
5. Versamento di € 200,00 (250,00 € nel caso di società - € 106,10 nel caso di !° iscrizione per coloro che al momento della domanda non abbiano raggiunto l’età di 36 anni), quale quota annuale di iscrizione da effettuare presso la Tesoreria dell’Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali di Frosinone alle seguenti coordinate bancarie: Banca Intesa San Paolo S.P.A. – Filiale di Frosinone, IBAN: IT72 P030 6914 8011 0000 0005 573; causale versamento: Cognome e Nome – CODICE FISCALE – Quota iscrizione.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, in ottemperanza all’art. 33 co.2 della Legge del 7 gennaio 1976, a notificare all’Ordine, entro 60 (sessanta) giorni a mezzo lettera raccomandata a.r. oppure tramite P.E.C., ogni variazione della propria residenza o del suo stato giuridico-professionale.

Sottoscritto il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma