

ORDINE DOTTORI AGRONOMI E DOTTORI FORESTALI DELLA PROVINCIA DI LATINA

Revisione Biennale dell'Albo Professionale - Scheda notizie obbligatoria ai sensi dell'art 13, L. 07/01/1976 n°3

(Note per la compilazione riportate alla pagina seguente)

IL SOTTOSCRITTO NATO A

IL ISCRITTO AL N° DELL'ALBO DEI DOTTORI AGRONOMI E FORESTALI DELLA PROVINCIA DI LATINA

CON DOMICILIO PROFESSIONALE ⁽¹⁾ NEL COMUNE DI (CAP)

VIA/P.ZZA N°

CON RECAPITO POSTALE ⁽²⁾ [SÌ NO] ⁽³⁾ NEL COMUNE DI (CAP)

VIA/P.ZZA N°

TEL. [SÌ NO] ⁽³⁾ FAX [SÌ NO] ⁽³⁾ MOB. [SÌ NO] ⁽³⁾

E-MAIL ORDINARIA [SÌ NO] ⁽³⁾

E-MAIL P.E.C.

P. IVA

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATI DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445 DEL 28 DIC. 2000

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28 DIC. 2000 DI TROVARSI NEL SEGUENTE STATUS PROFESSIONALE (BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO):

■ LIBERO PROFESSIONISTA ESCLUSIVO (CON P. IVA) SÌ NO ⁽⁴⁾

■ DIPENDENTE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE SÌ NO (ENTE DI APPARTENENZA)

..... CON CONTRATTO PART-TIME SÌ NO

ESERCITA ATTIVITÀ PROFESSIONALE SÌ NO ⁽⁴⁾

DOCENTE CHE ESERCITA ATTIVITÀ PROFESSIONALE CON AUTORIZZAZIONE ANNUALE (CON P. IVA) SÌ NO ⁽⁴⁾

ESERCITA ATTIVITÀ PROFESSIONALE SOLO OCCASIONALMENTE SÌ NO ⁽⁴⁾

NON ESERCITA IN ALCUN CASO ATTIVITÀ PROFESSIONALE SÌ NO

■ DIPENDENTE PRIVATO PRESSO

ESERCITA ATTIVITÀ PROFESSIONALE FUORI DAL RAPPORTO DI DIPENDENZA SÌ NO ⁽⁴⁾

ESERCITA ATTIVITÀ PROFESSIONALE AUTONOMA SOLO OCCASIONALMENTE SÌ NO ⁽⁴⁾

NON ESERCITA IN ALCUN CASO ATTIVITÀ PROFESSIONALE AUTONOMA SÌ NO

IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA AI PUNTI "4", INDICARE LA COMPAGNIA ASSICURATIVA

..... E IL NUMERO DI POLIZZA R. C. PROFESSIONALE

■ ISCRIZIONE EPAP (CASSA DI PREVIDENZA) SÌ NO

■ HA RITIRATO DALL'ORDINE IL TIMBRO PROFESSIONALE SÌ NO

■ HA RITIRATO DALL'ORDINE LA SMART CARD SÌ NO

■ È IN POSSESSO DELLE SEGUENTI SPECIALIZZAZIONI ⁽⁵⁾

.....

■ È ISCRITTO ALL'ALBO DEL TRIBUNALE SÌ NO SEZIONE PENALE SÌ NO SEZIONE CIVILE SÌ NO

DATA

FIRMA

I dati serviranno per l'aggiornamento dell'Albo. Grazie per la collaborazione

- (1) DOMICILIO PROFESSIONALE: dato aggiornato dell'Anagrafe Tributaria. Nei termini di legge il domicilio fiscale deve essere comunicato all'Anagrafe Tributaria entro trenta giorni dalla sua variazione.
- (2) RECAPITO POSTALE: compilare se differente dal domicilio professionale.
- (3) [**Sì** **No**]: Autorizzazione al trattamento del dato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03. Recapiti non autorizzati non saranno pubblicati sull'Albo.
- (4) Precisazione nel testo a seguire.
- (5) Campo facoltativo: informazioni utili per banca dati da pubblicare sul Registro Unico Nazionale.