

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI  
DI UDINE  
(Circoscrizione del Tribunale di Udine e Tolmezzo)**

**DOCUMENTI DA PRODURRE PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO UNITAMENTE ALLA  
DOMANDA**

**LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE DIRETTAMENTE DAGLI  
INTERESSATI**

1. N. 3 fotografie firmate (sul retro);
2. Fotocopia del certificato di attribuzione del codice fiscale o del relativo tesserino.
3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
4. Marca da bollo da € 14,62 da apporre sulla domanda.
5. Autocertificazione dei diritti civili da cui risulti che il richiedente non sia né interdetto, né inabilitato, né fallito (all. 1);
6. Autorizzazione al trattamento dei dati personali. (All. 2)
7. Autorizzazione all'utilizzo dell'indirizzo di posta elettronica (All. 3)
8. Autorizzazione alla pubblicazione della fotografia fornita per l'iscrizione all'Albo sul sito internet dell'Ordine e nell'Albo. (All. 4);
9. dichiarazione sostitutiva di non sussistenza di situazione di incompatibilità con l'esercizio della professione di dottore commercialista/revisore contabile(All. 5).

Attualmente **la tassa annuale di iscrizione all'Ordine è di euro 390,00** ridotta a 270,00 per i primi cinque anni di iscrizione.

Per coloro che si trovano nelle situazioni di cui all'art. 4, comma 3, del D.Lgs. 139/05 (ad esempio insegnanti, dipendenti pubblici, ecc.), è consentita l'iscrizione all'Albo a condizione che sia prodotta in allegato alla domanda una specifica dichiarazione dell'Istituto o dell'Ente dalla quale risulti che il regolamento o l'ordinamento dello stesso consenta l'iscrizione all'Albo Professionale e, se necessaria, sia rilasciata l'eventuale autorizzazione; in caso contrario e comunque possibile l'iscrizione nell'Elenco Speciale.

Marca da  
bollo da  
€ 14.62

Spett.le  
CONSIGLIO DELL'ORDINE  
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI  
E DEGLI ESPERTI CONTABILI  
DI UDINE  
Via Carducci 44  
33100 Udine

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

### **C H I E D E**

#### **l'iscrizione all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili**

per trasferimento del proprio domicilio professionale con effetto dal .....

per trasferimento della propria residenza con effetto dal .....

#### **con il computo dell'anzianità**

nella sezione A - dottori commercialisti

nella sezione B - esperti contabili

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

### **D I C H I A R A**

1. di essere cittadino italiano;
2. di godere il pieno esercizio dei diritti civili;
3. di essere di condotta irreprensibile;
4. di non aver riportato condanne, con sentenze definitive, a pene che, a norma dell'Ordinamento professionale di cui al D.Lgs. n. 139 del 28 giugno 2005 darebbero luogo alla radiazione dall'Albo;
5. di non trovarsi in alcune delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 4 dell'Ordinamento Professionale di cui al D.Lgs. n. 139 del 28 giugno 2005;
6. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
7. di essere residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

8. di avere il domicilio professionale in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Fax.: \_\_\_\_\_;

9. di essere in possesso della laurea

- Triennale \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
 Specialistica \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
 Vecchio ordinamento \_\_\_\_\_

conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

10. di avere conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di :

- dottore commercialista presso l'Università di \_\_\_\_\_  
data prova scritta \_\_\_\_\_ data prova orale \_\_\_\_\_ ;  
 ragioniere commercialista presso il Collegio di \_\_\_\_\_ o l'Università di \_\_\_\_\_  
data prova scritta \_\_\_\_\_ data prova orale \_\_\_\_\_ ;  
 di esperto contabile presso l'Università di \_\_\_\_\_  
data prova scritta \_\_\_\_\_ data prova orale \_\_\_\_\_ ;

11. di essere stato iscritto

- nell'Albo dell'Ordine di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.  
 nell'Elenco Speciale dell'Ordine di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

Il sottoscritto dichiara inoltre di voler ricevere la corrispondenza al seguente indirizzo:

Studio \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) Tel.: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si obbliga a comunicare tempestivamente al Consiglio dell'Ordine ogni variazione ai dati sopra riportati e l'insorgenza di cause di incompatibilità all'esercizio della professione.

Con riferimento al D.lgs 196/2003 (consenso ai sensi dell'art. 13) autorizzo l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Udine al trattamento dei dati acquisiti per finalità e modalità meramente istituzionali con la possibilità di trasmettere indirizzario per manifestazioni di interesse professionale.

Allega i seguenti documenti:

- fotocopia del codice fiscale;
- n. 3 fotografie;
- fotocopia di un documento di identità;

- Autocertificazione dei diritti civili da cui risulti che il richiedente non sia né interdetto, né inabilitato, né fallito (all. 1);

Firma

---

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI**  
**(Circoscrizione del Tribunale di Udine e Tolmezzo)**

Ai sensi dell'art. 20 della legge 4 gennaio 1968 n. 15, del D.P.R. 403 del 20/10/98 e della legge 127 del 15/5/97 attesto che la sottoscrizione di quanto sopra dichiarato è stata apposta in mia presenza dal dichiarante dott. : \_\_\_\_\_ identificato e preventivamente ammonito sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

Udine, li \_\_\_\_\_

Funzionario Competente

---

**All. 1**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

**D I C H I A R A**

- di non essere fallito/a e non avere in corso procedure di concordato preventivo o di amministrazione controllata,
- di non avere pendenti a proprio carico giudizi di interdizione e di inabilitazione;
- che non sono state pronunciate a proprio carico sentenze dichiarative di fallimento di interdizione o di inabilitazione ancora da annotarsi al Casellario Giudiziale.

Udine, li

In fede

\_\_\_\_\_

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI  
di Udine**

**All. 2**

Egr. Dott./Gentile Dott.ssa

.....

Via ..... n. ....

.....

Udine, .....

**OGGETTO: Informativa resa al momento della raccolta.  
Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, art. 13.**

Egr. Dott./Gentile Dott.ssa .....,

con riferimento alla legge in oggetto, desideriamo informarLa che la citata norma garantisce che il trattamento dei dati personali da Lei conferiti avvenga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone fisiche, con particolare attenzione alla riservatezza ed all'identità personale.

I dati in questione da Lei forniti sono i seguenti:

- Dati anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita, domicilio, residenza)
- Cittadinanza
- Laurea/abilitazione
- Codice Fiscale
- Telefono/cellulare/Fax/e-mail/PEC
- autocertificazione di diritti civili

Conformemente all'art. 4, 1° comma, lett. B) della Legge citata, per trattamento di dati personali sarà da intendersi la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, ovvero la combinazione di due o più delle suddette operazioni. Il trattamento dei dati che l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Udine intende effettuare, pertanto, sarà improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei Suoi diritti ed, in particolare, della riservatezza. Il medesimo trattamento avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di mezzi informatici.

Inoltre, ai sensi dell'art. 13 della legge citata, La informiamo che:

- il trattamento ha le seguenti finalità:
  1. Iscrizione all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Udine
- il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:
  1. archiviazione dei dati su supporto cartaceo
  2. archiviazione dei dati su supporto informatico
- i dati giudiziari previsti alla lettera e) 1° comma dell'art. 4 del D.lgs 196/2003 potranno essere comunicati agli organi competenti per ragioni istituzionali o comunque previste da norma di legge, i restanti dati forniti potranno essere diffusi a terzi mediante trascrizione in albi o elenchi di pubblica consultazione.
- in relazione al trattamento Ella potrà esercitare presso le sedi competenti i diritti di cui agli artt. 7 ed 8 del D. Lgs. n. 196/2003
- il Titolare del trattamento è l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Udine, domiciliato presso la propria sede in via Carducci 44 - 33100 Udine;
- (il Responsabile del trattamento è il Segretario protempore, domiciliato presso la sede dell'Ordine).

La informiamo, infine, che Ella, in base agli artt. 7 ed 8 del D. Lgs. n. 196/2003, ha diritto ad esercitare quanto ivi indicato. Inoltre Ella può:

- ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di dati che La riguardano;
- conoscere l'origine dei dati, la logica e la finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco di dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati stessi;
- opporsi, tra l'altro, al trattamento dei dati personali per finalità di ricerca di mercato.

La preghiamo di sottoscrivere la presente in segno di ricevuta, accettazione e consenso espresso riguardo al suo contenuto.

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO  
f.to IL PRESIDENTE  
(Dott. Marco Pezzetta)

CONSENSO:

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa ....., mediante apposizione della propria firma in calce alla presente dichiara di essere stato/a informato/a, di avere preso visione e di avere accettato quanto in essa contenuto, acconsentendo espressamente al trattamento dei propri personali, ivi compresi quelli sensibili, secondo la normativa citata; acconsente inoltre esplicitamente alla comunicazione ed alla diffusione dei dati personali sopra indicati, ai sensi dell'art. 25 della medesima legge.

In fede.

FIRMA DELL'INTERESSATO/A

**Al. 3**

Alla segreteria  
dell'Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Udine

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
con studio in ..... Via \_\_\_\_\_

*comunico*

che il mio indirizzo di posta elettronica (e-mail) è il seguente : \_\_\_\_\_ ed  
che il mio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente: \_\_\_\_\_ ed

*autorizzo*

la segreteria/il Consiglio dell'Ordine all'utilizzo, ai sensi della L.675/96, di tale indirizzo di posta elettronica per

- l'invio della corrispondenza che conseguentemente non mi saranno più inviate a mezzo posta ordinaria.
- l'invio di inviti inerenti eventi formativi organizzati dall' Ordine che conseguentemente non mi saranno più inoltrati a mezzo posta ordinaria.

In fede  
(Firma)

**All. 4**

**Autorizzazione alla pubblicazione della foto allegata  
sul sito web dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Udine**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ autorizzo  
la segreteria/il Consiglio dell'Ordine, ai sensi della D.lgs 196/2003, alla pubblicazione della foto  
allegata

- sul sito web dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Udine.
- sull'Albo dell'Ordine a partire dalla prossima edizione

Udine, li

In fede

All.5

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
DI NON SUSSISTENZA DI SITUAZIONE DI INCOMPATIBILITA'  
CON L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO CONTABILE

Il/La sottoscritt... .. nato/a a ....., prov.  
....., il .....residente a..... in via.....  
premess

- che ha presentato domanda di iscrizione all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Udine Sezione A (o sezione B);
- che ha preso visione e cognizione del contenuto dell' art. 4 del D.Lgs. 139/05;

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,  
dichiara

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4 D.Lgs. 139/05.

In fede

Data, .....

Firma

\_\_\_\_\_

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.