

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 RESPONSABILITÀ, 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.
- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI** di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul **TRATTAMENTO DEI DATI**, visionabile anche al seguente Link: https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione_dei_Dati/Privacy_Policy_OMCEO_novembre_2022.pdf

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)

Rilasciata **RICEVUTA N.°** _____ del _____