

ORDINE DOTTORI AGRONOMI E DOTTORI FORESTALI DI ROMA E PROVINCIA

Revisione Biennale dell'Albo Professionale - Obbligatoria ai sensi dell'art 13, L 10/02/1992 n. 152

Il sottoscritto: _____ nato a _____ il _____,
C.F. _____, P. IVA _____,
con laurea in _____,
iscritto all'albo dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali di Roma nella Sezione A B al n° _____,
residente in _____, Via/P.zza _____,
recapito postale in _____, Via/P.zza _____,
domicilio professionale in _____, Via/P.zza _____,
Tel. _____, Fax _____, Cell. _____,
e.mail _____, e.mail PEC _____,
sito internet _____.

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

DICHIARA

di trovarsi nel seguente Status Professionale (rispondere obbligatoriamente Si/No e in caso affermativo riportare le informazioni richieste e apporre il flag nella specifica casella di dettaglio):

1) Libero Professionista senza alcun rapporto di lavoro di dipendente Si No

1a) Esercita attività professionale (con P. IVA)

1b) Esercita attività professionale solo occasionalmente

2) Dipendente di Pubblica Amministrazione Si No

Indicare l'Ente di appartenenza: _____

2a) il cui ordinamento **non consente**, di norma, l'esercizio della libera professione (status di iscritto CON annotazione a margine ai sensi dell'art. 1 D.P.R. 20.4.1981, n. 350)

2b) il cui ordinamento **consente** l'esercizio della libera professione (status di iscritto SENZA annotazione a margine di cui all'art.2 D.P.R. 20.4.1981, n. 350)

2b1) Esercita attività professionale (con P. IVA)

2b2) Esercita attività professionale solo occasionalmente

2b3) Non esercita in alcun caso attività professionale

4) Dipendente Privato Si No

Indicare la Società di appartenenza: _____

4a) Esercita attività professionale (con P. IVA)

4b) Esercita attività professionale solo occasionalmente

4c) Non esercita in alcun caso attività professionale

5) Di essere amministratore e/o socio di società o cooperative che esercitano attività professionali ai sensi delle competenze previste dall'Art. 2 della Legge 3/1976 e ss.mm.ii. dell'Ordinamento dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali. Si No

Indicare la Denominazione Sociale: _____, Cod. Fiscale/P.IVA: _____

Iscritta all'Ordine o Collegio di: _____ con il numero: _____

DICHIARA ALTRESÌ

6) Di essere in possesso del Timbro professionale analogico

7) Di essere in possesso del Martello forestale

8) Di essere in possesso della Smart Card

9) Di essere iscritto all'EPAP (Cassa di Previdenza) con la Matricola _____

10) In virtù di quanto dettato all'art.5 del D.P.R. 137/2012 ed in ottemperanza di quanto stabilito all'art. 3 del Regolamento CONAF n. 1/2013 per la stipula della RC Professionale

10a) Di aver aderito alla polizza collettiva CONAF

10b) Di avere attiva altra copertura assicurativa dei rischi professionali e di aver provveduto ad inviare al CONAF la Comunicazione di assicurazione individuale

10c) Di non avere copertura assicurativa e di allegare alla presente l'autocertificazione per la richiesta dell'esonero dall'obbligo formativo e assicurativo (**Modulo Richiesta Annuale di esonero dall'obbligo formativo**)

Ai sensi della vigente normativa (D. L.vo 196/2003) autorizza l'Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali di Roma e Provincia al trattamento dei propri dati personali per le finalità legate agli adempimenti di cui alla L. 10.02.92 n. 152.

_____/_____/_____/_____ Firma _____

Si impegna, in ottemperanza a quanto riportato nella Legge n. 152 del 10/02/1992, art. 33 comma 2, a notificare all'Ordine, entro 60 giorni, a mezzo lettera raccomandata o PEC, ogni variazione del proprio stato giuridico professionale, ivi compresi i dati anagrafici

_____/_____/_____/_____ Firma _____

Nota: Allegare fotocopia del documento di identità valido.