

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NON SUSSISTENZA DI  
SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' CON L'ESERCIZIO DELLA  
PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA, DI RAGIONIERE  
COMMERCIALISTA E DI ESPERTO CONTABILE.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_ \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, iscritto all'Ordine dei  
Dottori Commercialisti e Esperti Contabili di Arezzo dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

PREMESSO

- di aver preso attentamente visione e cognizione:
- a) del D. Lgs. 139 del 28 giugno 2005 ed in particolare del disposto dell'art. 4 in ordine alle cause di incompatibilità;
  - b) del procedimento per la valutazione delle incompatibilità approvato con decreto emesso dal Direttore Generale della Giustizia Civile in data 18 luglio 2003, pubblicato sulla G.U. n. 172 del 26 luglio 2003;
  - c) delle note interpretative della disciplina delle incompatibilità, nonché del loro aggiornamento, emanate dal CNDCEC il 1° marzo 2012;

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero:

di non trovarsi alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'Ordinamento Professionale e del predetto procedimento di valutazione.

*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.*

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_

Allegato: copia documento di riconoscimento in corso di validità.