

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI  
DI BOLOGNA  
(Circoscrizione del Tribunale di Bologna)**

**DOCUMENTI DA PRODURRE PER IL TRASFERIMENTO DALL'ELENCO SPECIALE  
ALL'ALBO DI BOLOGNA**

**LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE DAGLI INTERESSATI**

1. Documentazione dalla quale risulti la cessazione delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 4 del Dlgs. 28/06/05 n. 139.
2. Attestazione del versamento di €168,00 versato sul c/c postale n. 8003 intestato ad Agenzia delle Entrate Ufficio di Roma 2 – Centro Operativo Pescara – Tasse Concessioni Governative- Codice causale 8617 “altri atti”.
3. N. 2 fotografie.
4. Fotocopia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale.
5. Autorizzazione all'utilizzo/pubblicazione dell'indirizzo di posta elettronica. (All. 1).

Marca da  
bollo da  
€16.00

Spett.le  
CONSIGLIO DELL'ORDINE  
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI  
E DEGLI ESPERTI CONTABILI  
DI BOLOGNA  
P.zza De' Calderini,2  
40124 Bologna BO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

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

**il trasferimento dall'Elenco Speciale dell'Ordine di  
Bologna all'Albo dell'Ordine di Bologna**

sezione A

sezione B

Il sottoscritto

a tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

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

1. di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
2. di essere cittadino \_\_\_\_\_;
3. di essere residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Fax.: \_\_\_\_\_;
4. di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ conseguita il  
\_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
5. di avere conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di  
 dottore commercialista  ragioniere commercialista  esperto contabile  
presso \_\_\_\_\_ data prova scritta \_\_\_\_\_  
data prova orale \_\_\_\_\_;
1. di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 4 dell'Ordinamento  
Professionale (Dlgs. 28/06/05 n. 139);

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 alla legge 31/12/96 n. 675 (consenso ai sensi dell'art. 10) autorizzo l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna al trattamento dei dati acquisiti per finalità e modalità meramente istituzionali.

Allo scopo allega i seguenti documenti:

- fotocopia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale;
- N. 2 fotografie.
- Documentazione dalla quale risulti la cessazione delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 4 del Dlgs. 28/06/05 n. 139.
- Attestazione del versamento di €168,00 versato sul c/c postale n. 8003.
- Autorizzazione all'utilizzo/pubblicazione dell'indirizzo di posta elettronica. (All. 1).

Firma

\_\_\_\_\_

**All.1**

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

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

con studio in Bologna Via \_\_\_\_\_

*comunico*

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

*autorizzo*

la segreteria/il Consiglio dell'Ordine all'utilizzo, ai sensi della L.196/2003, di tale indirizzo di  
posta elettronica per

- l'invio delle informative e delle circolari trasmesse dall'Ordine;
- l'invio di inviti inerenti eventi formativi organizzati dall'Ordine;

**SI**  **NO** l'inserimento/la pubblicazione nell'Albo degli iscritti all'Ordine dei Dottori  
Commercialisti e degli Esperti Contabili della circoscrizione di Bologna.

In fede  
(Firma)