



## **AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO DEI REQUISITI PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE, INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E COPERTURA ASSICURATIVA**

**Revisione dell'Albo e dell'Elenco Speciale tenuto dall'Ordine Richiesta di autocertificazioni da presentare entro il 30 Aprile 2021**

Caro Collega,

il Consiglio dell'Ordine di Modena è tenuto, a norma del secondo comma dell'art. 34 del D. Lgs. 139/2005, a procedere alla revisione dell'Albo e dell'Elenco Speciale da esso tenuti.

I requisiti per l'iscrizione nelle sezioni ordinarie dell'Albo (sez. A = Commercialisti; sez. B = Esperti Contabili) sono quelli previsti **dall'art. 36 del D. Lgs 139/2005**.

Per coloro che si trovano invece in una delle cause di incompatibilità con l'esercizio della professione previste dall'**art. 4 del D. Lgs 139/2005** è ammessa la sola iscrizione nell'Elenco Speciale, non potendo essere iscritti nelle sezioni ordinarie.

Ai fini delle verifiche di cui sopra è necessario che ciascun Iscritto compili uno dei due modelli sotto indicati firmandoli digitalmente o analogicamente (**in tale ultimo caso allegando anche copia di documento di riconoscimento in corso di validità**).

- **mod. A** : il possesso dei requisiti per l'iscrizione all'Albo di cui all'art. 36 e la **non** sussistenza di cause di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs. 139/2005;

- **mod. B** : le eventuali cause di incompatibilità esistenti che potrebbero essere motivi di richiesta di iscrizione all'Elenco Speciale.

Si rammenta che la Legge prevede l'iscrizione nell'Elenco Speciale solamente per coloro che sono in presenza di cause di incompatibilità; in mancanza di tali cause sarà necessario provvedere all'iscrizione del Collega nell'Albo ordinario.

Per agevolare la verifica del possesso dei requisiti e delle eventuali cause di incompatibilità, si allega altresì alla presente:

- copia degli artt. 4 e 36 del D. Lgs. N. 139/2005;

- note interpretative in tema di incompatibilità emanate dal CNDCEC in data 01.03.2012 (segnalando, in particolare, le fattispecie dell'impresa agricola e della società di servizi).

L'autocertificazione, **corredata da copia del documento di identità in corso di validità se formata in via analogica**, potrà essere direttamente caricata nell'area riservata del sito dell'Ordine ([www.commercialisti.mo.it](http://www.commercialisti.mo.it)).

In alternativa potrà essere presentata personalmente ovvero trasmessa alla Segreteria dell'Ordine a mezzo posta, fax o posta elettronica **entro e non oltre il giorno 30 04 2021**.

Si segnala che tale adempimento costituisce la condizione per ottemperare ad un preciso obbligo di Legge da parte degli Ordini Territoriali; ne consegue che il mancato assolvimento da parte dell'Iscritto rappresenta una violazione di norme deontologiche.

Certi della Tua collaborazione, inviamo i migliori saluti.

Il Consigliere Segretario  
Dott. Alessandro Cavani

**AUTOCERTIFICAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE D'INCOMPATIBILITA'  
E COPERTURA ASSICURATIVA**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ....., il .....  
residente a..... in Via ..... con  
studio professionale a ..... in Via....., tel. ....,  
fax ....., e-mail.....,  
PEC.....

iscritto

- all'Albo Sezione A Commercialisti  
 all'Albo Sezione B Esperti Contabili

tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Modena,

**P R E M E S S O**

di essere a conoscenza delle cause di incompatibilità all'esercizio della professione previste  
**dall'art. 4 del D.Lgs. 139/2005,**

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

ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 in materia di snellimento  
dell'attività amministrativa, e **consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del  
DPR 28 dicembre 2000 n. 445** cui va incontro in caso **di dichiarazione non corrispondente al  
vero:**

- di essere in possesso dei requisiti per l'iscrizione all'Albo di cui all'art. 36 del D.Lgs. n. 139/2005;
- di non trovarsi, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, in alcuna delle cause di incompatibilità all'esercizio della professione previste dall'art.4 del D.Lgs. n. 139/2005;

**DICHIARA INOLTRE**

ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di copertura assicurativa per i danni derivanti al cliente  
dall'esercizio dell'attività professionale, così come previsto dall'art. 5 DPR 137/2012, di

- aver stipulato** una Polizza Assicurativa
- non aver stipulato** una Polizza Assicurativa in quanto svolge esclusivamente attività in qualità di  
collaboratore di studio
- non aver stipulato** una Polizza Assicurativa per i seguenti motivi: .....
- .....
- .....
- .....

Data .....

Firma digitale



## AUTOCERTIFICAZIONE CAUSE D'INCOMPATIBILITA'

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ....., il  
..... residente a..... in Via  
.....

con studio professionale a ..... in Via  
.....

tel. .... fax .....

e-mail.....

PEC.....

iscritto

- all'Albo Sezione A Commercialisti  
 all'Albo Sezione B Esperti Contabili

tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Modena,

### PREMESSO

di essere a conoscenza delle cause di incompatibilità all'esercizio della professione previste dall'art. 4 del D.Lgs. 139/2005,

### DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa, e **consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445** cui va incontro in caso **di dichiarazione non corrispondente al vero:**

- **di trovarsi**, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, **nella seguente causa di incompatibilità** all'esercizio della professione prevista dall'art.4 del D.Lgs. n. 139/2005:

---

---

---

---

Data .....

Firma Digitale