**(Fac - simile su carta intestata dell'iscritto)**

**AUTOCERTIFICAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE D'INCOMPATIBILITA**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a

il

iscritto

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

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

**PREMESSO**

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

- di essere a conoscenza dell’obbligo assicurativo per i rischi derivanti dall’esercizio dell’attività professionale previsto **dall’art. 5 del DPR 137/2012**,

**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 essere in possesso dei requisiti per l'iscrizione all'Albo di cui all'art. 36 del D.Lgs. 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. 139/2005;
* di essere titolare di polizza assicurativa numero (*estremi della polizza e Istituto Assicurativo*) con massimale pari a € ………….per la responsabilità civile contro i rischi professionali secondo le previsioni legislative vigenti.

Data

Firma

Si allega copia di documento di identità valido