

**Dichiarazione sostitutiva relativa all'iscrizione agli Ordini e ai Collegi professionali e posizione previdenziale***ai sensi dell'articolo 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445*

Il sottoscritto:

Nome e cognome		nata/o il	nel Comune di		Prov
Comune di residenza	CAP	Via	n.	Prov	

in qualità di **titolare/legale rappresentante** dell'associazione professionale¹:

Anagrafica						
Associazione Professionale	Denominazione/Ragione sociale				Forma giuridica	
Sede legale	Comune	CAP	Via	n.	prov	
Dati	Codice fiscale		Partita IVA			

ovvero, in qualità di **libero professionista**

Anagrafica libero professionista					
Sede legale	Comune	CAP	Via	n.	prov
Dati	Codice fiscale		Partita IVA		

CONSAPEVOLE delle responsabilità anche penali assunte in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi e loro uso, e della **conseguente decadenza dai benefici** concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*),

¹ In caso di associazione professionale compilare il seguente riquadro laddove sia disponibile una posizione previdenziale, assistenziale e assicurativa dell'associazione stessa, altrimenti procedere all'indicazione delle posizioni dei singoli professionisti compilando l'apposito campo. Si ricorda che in tal caso, è necessario fornire le informazioni relative a tutti i singoli professionisti.



17b0b210



DICHIARA

di essere professionista iscritta agli Ordini o ai Collegi professionali;

- di essere iscritta all'Ordine/Collegio professionale _____
con numero di iscrizione _____ della provincia di _____
- di essere iscritta, ai fini degli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi, presso la Cassa previdenziale o Istituto di previdenza (*da specificare*):

Numero posizione: _____

di essere Associazione professionale **con** una propria posizione previdenziale, assistenziale e assicurativa iscritta alla Cassa previdenziale o Istituto di previdenza (*da specificare*):

Numero posizione: _____

di essere Associazione professionale **priva** di una propria posizione previdenziale, assistenziale e assicurativa, che i singoli professionisti associati sono iscritti all'Ordine/Collegio professionale e che sono iscritti presso la Cassa previdenziale o Istituto di previdenza indicati nella tabella seguente:

Cognome Nome	e	Codice Fiscale	Ordine/Collegio professionale	n. iscrizione e Provincia	Cassa previdenziale Istituto o di previdenza	Numero posizione

di essere professionista aderente alle associazioni professionali contenute nell'elenco di cui al comma 7 all'articolo 2 della legge 14 gennaio 2013, n. 4 "Disposizioni in materia di professioni non organizzate";

- di essere iscritta all'Associazione professionale (*specificare*) _____
- di essere iscritto, ai fini degli adempimenti previdenziali, assistenziali e assicurativi, presso la Gestione separata INPS prevista dall'art. 2, comma 26 della Legge 335/95, con il numero:

di non essere lavoratore dipendente o pensionato

oppure:

di non avere una posizione previdenziale o assicurativa aperta per le seguenti motivazioni:



17b0b210



AUTORIZZA

l'Amministrazione concedente al trattamento e all'elaborazione dei dati forniti con la presente dichiarazione, per finalità gestionali e statistiche, anche mediante l'ausilio di mezzi elettronici o automatizzati, nel rispetto della sicurezza e della riservatezza e ai sensi dell'articolo 38 del citato DPR n. 445/2000.

Località e data

In fede

(apporre la firma digitale)

