**Al Consiglio Provinciale**

MARCA DA BOLLO

**€ 16,00**

***dell’Ordine dei Consulenti del Lavoro***

***di Lecce***

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………...……………………..

***c h i e d e***

di essere reiscritto/a nell’Albo di Codesto Ordine,

***d i c h i a r a***

sotto la propria personale responsabilità:

* di essere nato/a a …………………………………..……..…….. prov. (………) il ……………..…..;
* di essere residente a …………………………..…………………………………………………. prov. (……..) CAP ……………. via ………………………………………….............. n°………….;
* di essere cittadino/a italiana;
* di avere il godimento dei diritti politici;
* di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;
* di non essere impiegato dello Stato, delle Regioni, delle Provincie, dei Comuni o di altri Enti Pubblici, né dipendente di istituti di patronato, di associazioni sindacali dei lavoratori o di esattori di tributi; di non essere Notaio né Giornalista professionista;
* di essere in possesso del seguente titolo di studio ……………………………………………………….;
* di essere stato/a precedentemente iscritto/a al n. ………………… dell'Ordine di …………………………............................................ dal ..…………………. al …………………..;
* che svolgerà la professione di Consulente del Lavoro presso lo studio sito a …………………………………………………..………………. prov. (………..) CAP …………..

in via …………….………………………………………………………....……… n°…………...…, tel.……………………………….…….., P. IVA N° …...……………………..……………….….

* che il proprio recapito postale coincide con il domicilio professionale/residenza.

Data …………………….

Firma

…………………………………………………

Allegati:

* Autocertificazione del Titolo di Studio e del Diploma di Abilitazione alla Professione di Consulente del Lavoro;
* Copia del Codice Fiscale firmata;
* Copia di un documento di riconoscimento firmata (carta d’identità, patente di guida, passaporto);
* Ricevuta del versamento di euro **586,90** sul c.c.p. n°14306732 intestato a Consiglio Provinciale Ordine dei Consulenti del Lavoro viale G. Leopardi n° 160/A – 73100 Lecce (LE) causale “Iscrizione Albo Professionisti.”;
* Ricevuta del versamento di euro **168,00** sul c.c.p. n°8003 intestato all’Agenzia delle Entrate – Ufficio di Roma 2 – Tasse Concessioni Governative, con causale “Iscrizione Albo dei C.d.L.”;
* N° 2 foto tessera firmate sul retro di cui una autenticata dall’interessato con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà allegata.

**AUTOCERTIFICAZIONE TITOLO DI STUDIO ED ABILITAZIONE**

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)  

Il/La sottoscritto/a ...................................................................................................................

nato/a a .................................................................................................................................... il .......................................................

residente a ...............................................................................................................................

in via .................................................................................................. n° ......................

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

# D I C H I A R A

* di essere in possesso del seguente titolo di studio......................................................................

conseguito in data .................................... presso .....................................................................

.......................................................... con il seguente punteggio ...............................................

* di essere in possesso del diploma di abilitazione alla Professione di Consulente del Lavoro

conseguito nella sessione ................/................ presso la Direzione Regionale del Lavoro

per la Puglia/ Direzione Territoriale del Lavoro di Bari/ Ispettorato Territoriale del Lavoro di Bari, rilasciato in data ....................................................

* di aver superato l’Esame di abilitazione alla Professione di Consulente del Lavoro nella sessione ……………./………… presso la Direzione Regionale del Lavoro per la Puglia/Direzione Territoriale del Lavoro di Bari/ Ispettorato Territoriale del Lavoro di Bari in data ………………..

Data .................................

 Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

............................................................................

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

**(Art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cognome) (Nome)

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(comune di nascita; se nato all’estero, specificare lo Stato) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

(comune di residenza) (prov. )

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avvalendosi del disposto di cui all’art. 47 del D.P.R. 445/2000 e, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (artt. 483, 495 e 496 del codice penale),

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità quanto segue:

che la persona identificata nell’immagine fotografica di seguito apposta corrisponde a sé medesimo, all’uopo allega suo documento d’identità (Carta d’Identità o Passaporto)

Fotografia

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

…………………………………..

Riscontro visivo dell’identità e della corrispondenza della foto sopra riportata.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dipendente dell’Ordine

…………………………………..

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Io sottoscritto/a………………………………………………………………………………………, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, agli effetti dell’aggiornamento dei dati contenuti nell’albo ai sensi degli articoli 8 e 9 della legge 11/1/1979 n°12 ed in ottemperanza della delibera del Consiglio dell’Ordine di Lecce, n° 37 del 26 aprile 2002.

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

1. di non avere – avere (1) riportato condanne penali negli ultimi cinque anni;
2. di godere – non godere (1) dei diritti civili;
3. che la mia residenza anagrafica è nel Comune di ……………………………..……………………………

via/piazza……………………………………………………..…………………………... n°.…….………

CAP .……………. tel. ……………………… cell. ………………………….;

1. che il mio domicilio professionale è nel Comune di ………………………………………...……………..

via/piazza………………………………………………………………………………… n°……………...

CAP……..………. tel.………………………… fax…………………….;

1°e-mail ……………..………………………………. 2°e-mail ……………..……………………………

C.F. ………………………………………..…..………. P. IVA ………..………………………......…...;

PEC ………………………………………………………………………………………………………...;

1. di avere altro studio (1) nel Comune di ……………………………………………………….……….….…

via/piazza…………………………………………………………………………………n°……………...

CAP……..………. tel.………………………… fax……………………. cell. …………………………..

e-mail ……………..………………………………. C.F. ………………………………………..…..…. ;

1. ai fini dell’accertamento di eventuali casi di incompatibilità di cui all’art. 4 della legge 11.1.1979, n°12, dichiaro di non svolgere altra attività oltre la professione di Consulente del Lavoro. (1)
2. Nel caso di esercizio di altra occupazione, dichiaro di svolgere la seguente attività: ( se professionale indicare l’Ordine o il Collegio di appartenenza e la data di iscrizione ) (1)
3. …………………………………………………………………………………………………..………

dal ………………………………………………………………………………………………………

1. a tempo pieno – parziale per n° ……….….. ore giornaliere. (1)

Data …………….………………

Firma per esteso

….……………………………………………………

**(1) cancellare le ipotesi che non interessano**

**DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE**

(art. 16 legge comunitaria 21.12.1999 n. 526 e art. 9 lettera i) - legge 11 gennaio 1979, n. 12)

Il/la sottoscritto/a .......................................................................................................

nato/a a .…....................................................................... il .......................................

C.F. n. ..........................................……………………………………………...........

residenza anagrafica nel Comune di............................................................ PR (……..)

CAP ……………. via ...................................................………………........................

numero ………………….. tel .......................…........... cell. ...........................

svolgendo l’attività professionale in forma

autonoma dipendente

non svolge l’attività professionale

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA

di aver stabilito il domicilio professionale

a .............…................................................................................................ PR (………..)

CAP……………….via..............................................................................numero…………

tel. .......................….................................... fax ............................................................

e-mail ……..………………………………………………………………………………………….

PEC ………..………………………………………………………………………………………….

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data (Firma del dichiarante)

…………………….. …………..…………………………………….

Questa dichiarazione è equivalente a “dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà” (art. 47 del D.P.R. 445/2000)

**AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI FOTO E DATI SUL SITO DI CATEGORIA**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZZO

il Consiglio Provinciale dell’Ordine dei Consulenti del Lavoro di Lecce, a pubblicare sul sito internet www.consulentidellavorolecce.it nella mia scheda personale, la mia foto tessera ed i seguenti dati a mia scelta:

* indirizzo e-mail ordinaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* indirizzo PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sono consapevole del fatto che le immagini fotografiche e i miei dati personali, saranno pubblicati sul sito internet nei tempi e nei modi che l’Ordine dei Consulenti del Lavoro Consiglio Provinciale di Lecce riterrà più opportuni e comunque in contesti non lesivi della mia immagine.

Sono stato informato dal suddetto Ordine che, alla raccolta ed al trattamento dei miei dati personali rilasciati con codesta autorizzazione, saranno incaricati gli addetti alla gestione del sito internet e che potrò esercitare i diritti di cui all’art. 7 D. Lgs. 196/2003 anche per conoscere i responsabili scrivendo al Consiglio Provinciale dell’Ordine dei Consulenti del Lavoro di Lecce.

Luogo e data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_