



PROFILO PROFESSIONALE

- A) Professionista esclusivo  sì  no
- B) Collaboratore o dipendente di studio  sì  no
- C) Professionista non esclusivo  sì  no

(se si è risposto al punto C indicare eventuale altra occupazione): \_\_\_\_\_

Indirizzo dello studio: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Eventuale provenienza da Ordine di \_\_\_\_\_ iscritto dal \_\_\_\_\_

- D) Dipendente di società di revisore:  sì  no

Società \_\_\_\_\_ incarico \_\_\_\_\_

Indirizzo della società: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

- E) Lavoratore dipendente presso Aziende (pubbliche - private)  sì  no

Società \_\_\_\_\_ mansione \_\_\_\_\_

Area aziendale \_\_\_\_\_ Livello CCNL \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'azienda: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
 città \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 Nazione \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

- F) Insegnamento e docenze presso: \_\_\_\_\_

Eventuale iscrizione ad altri Albi Professionali: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Svolgimento dell'attività professionale: (indicare con una crocetta la voce confacente)

(da compilare solo se si è risposto alle lettere A o C)

- Come unico titolare di studio
- in uno studio professionale come contitolare insieme ad altri Dottori Commercialisti
- in uno studio professionale come collaboratore insieme ad altri Dottori Commercialisti
- in uno studio professionale come contitolare insieme ad altri Professionisti
- in uno studio professionale come collaboratore insieme ad altri Professionisti
- altro

L'attività viene svolta in: una sola sede  più sedi

**ATTIVITÀ PROFESSIONALE:**

Attenzione:

- possono essere indicate, in ordine di prevalenza, non più di quattro delle sottoelencate attività. Di queste, le prime due dovranno essere indicate nella 1ª colonna; le altre due (secondarie) nella seconda colonna.
- Chi indica come prevalente la categoria contrassegnata con il numero 9, allegare il proprio curriculum e provvedere di propria iniziativa, al suo aggiornamento. Il curriculum verrà utilizzato nel caso in cui gli Enti richiedessero specifiche segnalazioni.

|  | PREVALENTI               | SECONDARIE               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. consulenza societaria e contrattuale            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. consulenza fiscale                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. revisione contabile                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. controllo di gestione e consulenza direzionale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. consulenza finanziaria e mobiliare              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. contabilità                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. procedure concorsuali ed ausiliari di giustizia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. amministratori immobiliari                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. amministrazione e controllo enti pubblici       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. consulenza del lavoro                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Publicazioni:

Collabora a giornali o riviste quali:

---

Ha collaborato a riviste o giornali quali:

---

Cariche pubbliche ricoperte attualmente:

---

Cariche pubbliche precedentemente ricoperte:

---

**• INCOMPATIBILITÀ:**

Si trova in una delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 3 dell'Ordinamento Professionale  SÌ  NO  
(se affermativo specificare - vedasi nota esplicativa):

---

**• IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI \_\_\_\_\_ AVERE CARICHI PENDENTI** (se affermativo specificare):

---

**• Inoltro della corrispondenza:** il sottoscritto invita l'Ordine a spedire tutta la corrispondenza all'indirizzo sopra specificato dello: (barrare una casella)

Studio     Società     Azienda     Residenza     Domicilio

Il sottoscritto firmando la presente scheda, attesta sul suo onore che le dichiarazioni sopra riportate sono esatte e si impegna altresì, sotto la propria responsabilità, a comunicare entro trenta giorni, il verificarsi dei motivi di incompatibilità previsti dall'art. 3 dell'Ordinamento Professionale.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nota: D.P.R. del 27/10/1953 n. 1067 - art. 3

**INCOMPATIBILITÀ**

L'esercizio della professione di dottore commercialista è incompatibile con l'esercizio della professione di notaio, con l'esercizio del commercio in nome proprio o in nome altrui, con la qualità di ministro di qualunque culto, di giornalista professionista, di mediatore, di agente di cambio, di esattore dei pubblici tributi e di incaricato di gestione esattoriale. L'iscrizione all'Albo non è consentita agli impiegati dello Stato e delle Pubbliche Amministrazioni, ai quali, secondo gli ordinamenti loro applicabili, sia vietato l'esercizio della libera professione.