

**bollo da  
16,00  
euro**

**Al Consiglio Direttivo dell'Ordine  
Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Benevento**

**Oggetto: Domanda di iscrizione STP**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Legale rappresentante della Società tra Professionisti denominata \_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_ Via. \_\_\_\_\_;

iscritta al registro delle di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_, avente come oggetto sociale \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M 8 febbraio 2013, n. 34, di iscrivere detta società nella Sezione Speciale Albo di \_\_\_\_\_,

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato: \*

1. Atto costitutivo e statuto della società in copia autentica o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
2. Elenco nominativo con relativa copia documento d'identità di ciascuno:
  - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
  - b) dei soci iscritti all'Albo;
  - c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza.
3. certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
4. certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
5. dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34.
6. fotocopia del proprio documento d'identità o di riconoscimento in corso di validità;
7. fotocopia del proprio codice fiscale;
8. Versamento della tassa annuale di Euro 500.00, previa richiesta del codice IUUV identificativo per il pagamento all'indirizzo della segreteria dell' Ordine : [info@ordinemedicibenevento.it](mailto:info@ordinemedicibenevento.it) – indicando Nome – Cognome del rappresentante Legale e C.F. o P.I. ;
9. Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento della tassa di concessione Governativa (CC.GG.) di **168/00 (centosessantotto/00) euro sul c/c Postale n. 8003** intestato a: Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Roma - Tasse Concessioni Governative con causale "**Iscrizione Albo STP Ordine dei Medici - Benevento**".

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false e mendaci dichiarazioni sotto la propria responsabilità (art. 76 TU DPR 28/12/2000 n. 448)

**DICHIARA**

- **che il numero dei Soci Professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei Professionisti è tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci (art. 10 comma 4 L. 12/11/2011 n. 183;**
- **che i soci non risultano partecipare ad altre Società Professionali in qualunque forma e a qualunque titolo, indipendentemente dall' oggetto della stessa STP;**

- **che i Soci non Professionisti:**
  - sono in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale;
  - non hanno riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e salvo che non sia intervenuta riabilitazione;
  - non sono stati cancellati da un albo professionale per motivi disciplinari;
  - non risultano applicate nei confronti di ciascuno di loro, anche in primo grado, misure di prevenzione personali o reali;
  - sono in possesso del godimento dei diritti civili;
- **che il legale rappresentante e gli amministratori della società che rivestono la qualità di Socio per finalità d'investimento, non rientrano nei casi di incompatibilità previsti nel punto precedente.**

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- **di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;**

Confidando in una favorevole accoglienza della presente istanza, invia cordiali saluti.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

*\*Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47. "*

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato,

**ATTESTA**

ai sensi dell'articolo 30 T.U. - DPR 28 dicembre n. 445 che il dott. \_\_\_\_\_

identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua  
presenza l'istanza.

**DATA** \_\_\_\_\_

**Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza**

\_\_\_\_\_