



DOMANDA DA REDIGERE IN CARTA RESA LEGALE (16,00)

Al Consiglio Provinciale dei
Consulenti del Lavoro
della Provincia di Cagliari
Via Sonnino, 37
09125 CAGLIARI

PEC: ordine.cagliari@consulentidellavoropec.it

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/_____
c.f. _____
residente in _____ c.a.p. _____ prov. _____
via _____ Tel. _____
Cellulare _____
e-mail _____
PEC _____
Titolo di Studio _____

c h i e d e

di essere iscritto/a all'Albo Provinciale dei Consulenti del Lavoro della Provincia di Cagliari.
A tal fine dichiara che non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità di cui all'art. 4 Legge 12/1979 ed allega la seguente documentazione:

1. Autocertificazione cumulativa sostitutiva di certificazioni con allegato documento di identità
2. Dichiarazione del domicilio professionale
3. 1 foto formato tessera firmata sul retro.
4. Attestazione versamento iscrizione (*) da effettuarsi con bonifico bancario su Banca di Cagliari Codice IBAN: IT82 H070 9604 8010 0000 0004 827 intestato Ordine Consulenti del Lavoro Consiglio Provinciale di Cagliari (I versamenti potranno essere effettuati in un'unica soluzione)
5. Attestazione versamento tasse concessioni governative (#)
6. Informativa sul trattamento dati sottoscritta per presa visione.

Con osservanza,

Data _____

firma _____

N.B.

- * versamento di € **470,00 per contributo iscrizione annuo**
- * versamento di € 52,00 per contributo iscrizione una-tantum
- * versamento di € 42,00 per attestato iscrizione
- # versamento di € 168,00 per Tasse Concessioni Governative da versare presso gli uffici postali utilizzando il c/c postale 8003

SUCCESSIVAMENTE ALL'ISCRIZIONE IL CONSULENTE DEL LAVORO DEVE COMUNICARE OGNI EVENTUALE VARIAZIONE DEI DATI GIA' COMUNICATI ENTRO 30 GIORNI DAL VERIFICARSI DALLA VARIAZIONE STESSA.
--



Autocertificazione cumulativa sostitutiva di certificazioni

(Art. 2 Legge 4 gennaio 1968 n. 15 - come modificato dall'art. 3 comma 10 L.127/1997)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____

dichiara

- 1) di essere residente in _____ Via _____ n° _____
- 2) di essere cittadino italiano
- 3) di essere in possesso dell'Attestato di abilitazione n° _____ rilasciato in data _____ dall'Ispettorato Area Metropolitana di Cagliari-Oristano in seguito al superamento dell'esame in data _____.
- 4) di essere in possesso del titolo di Studio di _____ conseguito in data _____ presso _____
- 5) che nel Casellario Giudiziale di _____ al nome di _____ nata il _____ a _____ risulta la dicitura _____
- 6) di godere i diritti civili

(data)

(firma)

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ



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 _____ codice fiscale _____
residenza anagrafica nel comune di _____
CAP _____ via _____ numero _____
tel _____ cell _____
indirizzo e-mail _____
PEC _____

CHE INTENDE SVOLGERE L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE IN FORMA

☐ autonoma

☐ dipendente c/o _____

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 _____ provincia _____
via _____ numero _____ CAP _____
telefono _____

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 Dpr 445/2000)