



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 f24 (°)
6. Attestazione versamento tasse concessioni governative (#)
7. Informativa sul trattamento dati sottoscritta per presa visione.

Con osservanza,

Data _____

firma _____

N.B.

- ° versamento di € **400,00 per contributo iscrizione annuo (da versarsi esclusivamente con f24 – vedi fac simile)**
- * versamento di € 52,00 per contributo iscrizione una-tantum
- * versamento di € 42,00 per attestato iscrizione
- * versamento di € 90,00 per timbro sigillo (solo in caso di possesso di P.IVA)
- # 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 del Patentino n° _____ rilasciato in data _____
dall'Ispettorato Territoriale di _____
- 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)

AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO UNIFICATO



Mod. F24

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE C | G | N | N | M | E | 6 | 8 | R | 2 | 9 | H | 5 | 0 | 1 | Z Barrare in caso di anno d'imposta non coincidente con anno solare P

DATI ANAGRAFICI COGNOME _____ NOME _____
cognome, denominazione o ragione sociale _____ nome _____

data di nascita _____ sesso (M o F) _____ comune (o Stato estero) di nascita _____ prov. _____
giorno mese anno _____
comune _____ prov. _____ via e numero civico _____

DOMICILIO FISCALE CAGLIARI C | A _____

SEZIONE ERARIO

	codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
IMPOSTE DIRETTE - IVA RITENUTE ALLA FONTE ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI						
TOTALE A				0,00 B	0,00	0,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE C					0,00 D	0,00	0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE E				0,00 F	0,00	0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. versati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE G									0,00 H	0,00	0,00

Detrazione ICI abitazione principale _____

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati	
TOTALE I					0,00 L	0,00	0,00

codice ente	codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati	
0 0 0 5	CA	ODCL	numero iscrizione albo	01 2021	12 2021	190,00		
	CA	CA00	numero iscrizione albo	01 2021	12 2021	210,00		
TOTALE M						400,00 N	0,00	400,00

FIRMA

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di erede, genitore, tutore o curatore fallimentare EURO + **400,00**

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO		Pagamento effettuato con assegno <input type="checkbox"/> bancario/postale n.ro _____ <input type="checkbox"/> circolare/vaglia postale tratto / emesso su _____ cod. ABI _____ CAB _____
AZIENDA		CAB/SPORTELLO			
giorno	mesi	anno			

MOD. F 24 (01 - 2002) EURO - STAMPATO DA INPS

Autorizzo addebito su conto corrente bancario n° _____ cod. ABI _____ CAB _____ firma _____

1* COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO