

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLO STATO GIURIDICO-PROFESSIONALE
(Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
_____, (_____), il _____,
C.F.: _____,
Residente in _____, CAP _____,
Via _____, n. _____,
Telefono _____, Fax _____, Cellulare _____,
E- mail _____, Pec _____,

Iscritto presso l'Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali del Friuli Venezia Giulia con il titolo professionale di _____ al n. _____, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445)

DICHIARA

1. **di svolgere la libera professione, anche in maniera saltuaria, e di non avere alcun rapporto di lavoro dipendente con la Pubblica Amministrazione.**

Dichiara inoltre:

- Di essere in possesso del Timbro (riprodurre timbro nell'apposito riquadro sottostante per verificare conformità a standard fissati da Circolari e Regolamenti CONAF)
- Di voler chiedere il rilascio del timbro
- Di voler chiedere il rilascio del dispositivo di firma digitale *(la segreteria provvederà all'invio dell'informativa e della modulistica)*

2. **di essere dipendente di Pubblica Amministrazione (specificare
.....) il cui ordinamento vieta, di norma, l'esercizio della libera professione (status di iscritto CON annotazione a margine ai sensi dell'art. 3, secondo comma, della legge 7 gennaio 1976, n. 3)**

Dichiara inoltre:

- Di essere in possesso del Timbro (riprodurre timbro nell'apposito riquadro sottostante per verificare conformità a standard fissati da Circolari e Regolamenti CONAF)
- Di NON essere in possesso del Timbro

**3. di essere dipendente di Pubblica Amministrazione (specificare, per es. Insegnante
.....) il cui ordinamento consente l'esercizio della libera professione
(status di iscritto SENZA annotazione a margine)**

Dichiara inoltre:

Di essere in possesso del Timbro (riprodurre timbro nell'apposito riquadro sottostante per verificare conformità a standard fissati da Circolari e Regolamenti CONAF)

Di voler chiedere il rilascio del timbro

Di voler chiedere il rilascio del dispositivo di firma digitale (*la segreteria provvederà all'invio dell'informativa e della modulistica*)



Di essere autorizzato all'esercizio della libera professione con autorizzazione rilasciata dall'Amministrazione di appartenenza in allegato alla presente

4. di essere dipendente di associazione/società o ditta privata e di svolgere per essa attività professionale

Dichiara inoltre:

Di essere in possesso del Timbro (riprodurre timbro nell'apposito riquadro sottostante per verificare conformità a standard fissati da Circolari e Regolamenti CONAF)

Di voler chiedere il rilascio del timbro

Di voler chiedere il rilascio del dispositivo di firma digitale (*la segreteria provvederà all'invio dell'informativa e della modulistica*)



5. di essere iscritto all'ordine e di non esercitare la libera professione nemmeno in forma saltuaria

Dichiara inoltre:

Di essere in possesso del Timbro (riprodurre timbro nell'apposito riquadro sottostante per verificare conformità a standard fissati da Circolari e Regolamenti CONAF)

Di aver restituito il timbro



DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Epap SI NO
se SI dal n° matricola
2. Di essere iscritto a (indicare eventuale altro Ente Previdenziale)
dal..... n° iscrizione.....
3. Di essere pensionato dal dell'Ente
4. Altro:

DICHIARA

Di essere soggetto alla stipula di **polizza assicurativa professionale obbligatoria** (Regolamento CONAF 1/2013 - Regolamento di attuazione dell'obbligo assicurativo ai sensi dell'art. 5, comma 1, del D.P.R. 7 agosto 2012, n. 137, per tutti gli iscritti che esercitano la libera professione anche soltanto in forma saltuaria)

SI NO

se SI

1. Di aver sottoscritto la polizza assicurativa collettiva di CONAF con scadenza
2. Di essere in possesso di un polizza assicurativa propria sottoscritta con la compagnia assicurativa
..... con scadenza
3. Altro:

DICHIARA INOLTRE

Di aver preso visione del Regolamento CONAF 3/2013 recante le disposizioni in merito alla formazione professionale continua e, ai sensi dell'art. 15 del succitato regolamento, **di essere soggetto all'obbligo formativo:**

SI NO Con esonero parziale nel triennio 2017/2019

se NO o con esonero parziale

1. Di aver già presentato richiesta di esonero temporaneo / totale per il triennio 2017/2019 al Consiglio dell'Ordine
2. Di voler presentare richiesta di esonero temporaneo / totale per il triennio 2017/2019 al Consiglio dell'Ordine
3. Altro:

Si ricorda che ai sensi dell'art.33, comma 2, dell'Ordinamento Professionale, L. 3/76 e succ. modificazioni, l'iscritto è tenuto obbligatoriamente a notificare all' Ordine Provinciale ogni variazione della sua residenza e del suo stato giuridico-professionale nei termini di 60 giorni dall'avvenuta variazione.

(luogo, data)

Il/la dichiarante (1)

.....

I dati personali e sensibili forniti saranno trattati esclusivamente dall'Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali del Friuli Venezia Giulia per l'adempimento degli obblighi istituzionale dell'Ente. La presente vale ai fini dell'informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003. Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003 in qualsiasi momento l'interessato può esercitare i suoi diritti in merito ad un eventuale trattamento non autorizzato.

(luogo, data)

Il/la dichiarante (1)

.....

(1) Allegare fotocopia del documento di identità valido.