

MODELLO DICHIARAZIONE LIBERI PROFESSIONISTI

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
SULLO STATO GIURIDICO-PROFESSIONALE
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.45)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente in _____ CAP _____

via _____ tel.¹ _____

fax¹ _____ cellulare¹ _____

e-mail _____

PEC _____

iscritto presso l'Ordine dei Dottori Agronomi e Forestali di Caserta col n° , consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445)

DICHIARA

1. di svolgere la LIBERA PROFESSIONE e di non avere alcun rapporto di lavoro dipendente.

Dichiara inoltre:

- di essere già in possesso del timbro
(riprodurre il timbro nell'apposito riquadro per verificare la conformità a standard fissati da Circolari e Regolamenti CONAF)
- di voler chiedere il rilascio del timbro
- di svolgere attività professionale, anche se a titolo occasionale
- di essere titolare di partita IVA
- altro: _____



Si ricorda che ai sensi dell'art. 33, comma 2, dell'Ordinamento Professionale, Legge 3/76 e successive 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 e data)

Il/la dichiarante²

¹ *Campo non obbligatorio:* i dati personali e sensibili forniti nella compilazione del *campo non obbligatorio* saranno trattati esclusivamente dall'Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali per l'adempimento degli obblighi istituzionali 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 a un eventuale trattamento non autorizzato.

² Allegare fotocopia di documento di identità o di documento di riconoscimento in corso di validità