FAC –SIMILE (da riprodurre su carta intestata)

Dott./Rag. ………………………….…

Via ……………………………….

Comune ………………………………

Codice fiscale …………………..………

Tel ……………………..

e-mail ………………………………

Spett.le

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI ISERNIA

Corso Risorgimento, 6

86170 Isernia IS

**RICHIESTA DI ESONERO DALL’OBBLIGO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE CONTINUA PER IL MANCATO ESERCIZIO, ANCHE OCCASIONALE, DELLA PROFESSIONE DALL’ ANNO ……………. (indicare la prima annualità dalla quale si richiede l’esonero che non potrà essere antecedente all’anno 2018)**

Il/La sottoscritto/a nome ………………………………………………………. cognome …………………………………………………….. nato/a a …………………………………………….. Prov ………………… il …………………………. iscritto/a a codesto Ordine con anzianità dal ……………./……………./………………… al n°…………………. sezione A/B, facendo riferimento all’art. 8, comma 3 del Regolamento per la formazione professionale continua dei DottoriCommercialisti ed Esperti Contabili, di cui al B.U.M.G. del 31 gennaio 2018,

chiede

a decorrere dall’anno ……….…..., l’esonero dall’obbligo di formazione professionale continua per il mancato esercizio, anche occasionale, della professione (1) e dichiara, ai sensi della legge 127/97 e del DPR 445/2000 in materia di snellimento dell’attività amministrativa e consapevole delle responsabilità penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 a cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, di:

a) non essere in possesso di partita Iva, personale o di studio associato, né soggetto al relativo obbligo in relazione ad attività rientranti nell'oggetto della professione;

b) non essere iscritto alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza né soggetto al relativo obbligo;

c) non esercitare l'attività o le funzioni professionali neanche occasionalmente e in qualsiasi forma.

(1) per lavoro subordinato indicare:

* datore di lavoro: ………………………………………………………………………………………………………………

indirizzo ………………………………………………………………………………………………………………

Tel:……………………………………........………..Fax:……………………………………………

* attività svolta dal datore: …………………………………………………………………………………………………….
* mansioni svolte dall’iscritto: ………………………………………………………………………………………………….
* altre eventuali attività svolte dall’iscritto: ……………………………………………………………………………………

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare al Consiglio dell’Ordine l’inizio e/o la ripresa dell’esercizio della professione entro 30 giorni da detto inizio/ripresa.

Data ……………………………….

Firma ……………………………………………………