

Marca da bollo da € 16,00

Al Consiglio Direttivo  
dell'Ordine Provinciale dei  
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
di \_\_\_\_\_

Oggetto: Domanda di iscrizione STP.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, legale rappresentante  
della Società tra Professionisti denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
(*indicare se presenti anche le sedi secondarie*) iscritta al registro delle imprese di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,  
avente come oggetto sociale \_\_\_\_\_,  
chiede a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio  
2013, n. 34, di iscrivere detta società nella Sezione Speciale dell'Albo di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato:\*

- 1) atto costitutivo e statuto della società in copia autentica *o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;*
- 2) elenco nominativo:
  - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
  - b) dei soci iscritti all'Albo;
  - c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
- 3) certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- 4) certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- 5) dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34.
- 6) dichiarazione, solo per i Soci professionisti, dell'Ordine o Collegio di appartenenza che attesti la regolarità di pagamento dei contributi previdenziali e ordinistici.

Confidando in una favorevole accoglienza della presente istanza, invia cordiali saluti.

Firma

---

Piacenza, \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

\*Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47."

### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016**

La presente informativa viene resa in adempimento del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali (Regolamento europeo 2016/679) come adeguata all'ordinamento giuridico italiano dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101. Il Titolare del trattamento, ovvero l'ente che assume le decisioni in merito alle modalità e alle finalità del trattamento, è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Piacenza, con sede in Piacenza, Via San Marco n. 27, CAP 29121, tel. 0523 323848, indirizzo mail [info@ordinemedici.piacenza.it](mailto:info@ordinemedici.piacenza.it), PEC [segreteria.pc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pc@pec.omceo.it) Il Responsabile per la protezione dati (RPD) è contattabile ai recapiti del Titolare e via mail al seguente indirizzo: [dpo@ordinemedici.piacenza.it](mailto:dpo@ordinemedici.piacenza.it) I dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo vengono trattati per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (D.Lgs. CPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio

e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità di ottemperare all'istanza presentata. I dati da Lei forniti possono essere comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal Regolamento europeo privacy 2016/679 come adeguato alla normativa italiana dal d.lgs. 101/2018. Essi verranno trattati sia utilizzando mezzi informatici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei e saranno conservati per la durata prevista dalle vigenti normative. Le ricordiamo che, in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art.15 del Regolamento europeo (Diritti di accesso dell'interessato), rivolgendosi al Titolare come sopra individuato. La informiamo inoltre che Lei ha diritto di proporre un reclamo all'Autorità di controllo ovvero l'autorità per la protezione dei dati personali nazionale o di qualunque altro paese dell'Unione Europea.

FIRMA \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di **PIACENZA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai  
sensi del DPR n. 445/2000 che il/la Dott./Dott.ssa  
\_\_\_\_\_ identificato/a a mezzo di  
\_\_\_\_\_ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

\_\_\_\_\_

## **DOCUMENTI NECESSARI E DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE DI STP:**

- 1) Atto costitutivo e statuto della società in copia autentica o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista cui spetti l'amministrazione della società;
- 2) Elenco nominativo dei soci che hanno la rappresentanza, dei soci iscritti all'Albo, degli altri soci, con indicazione — in caso di altri professionisti — dell'Albo di appartenenza;
- 3) Certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi
- 4) (o autocertificazione);
- 5) Certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- 6) Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del DM 08.02.2013, n. 34;
- 7) Dichiarazione, solo per i Soci professionisti, dell'Ordine o Collegio di appartenenza che attesti la regolarità di pagamento dei contributi previdenziali e ordinistici;
- 8) Ricevuta di versamento per "tassa concessione governativa" di euro 168,00, su conto corrente postale n. 8003 — Codice 8617

# OMCeO DI PIACENZA - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

## SOCI PROFESSIONISTI (una dichiarazione per ogni socio)

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- di **essere** iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [ ] e/o degli Odontoiatri [ ] della Provincia di..... al n.....
- di **non** versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.1 1.2011, n. 183 e cioè di non essere socio (professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento) di altre società tra professionisti anche di natura multidisciplinare;
- di **non essere** stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;
- di **non aver** riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di **non essere** a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di **non aver** riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di **avere** riportato condanne penali;  
(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).
- di godere dei diritti civili;
- di **non essere** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di **essere** in regola con il pagamento dei contributi previdenziali e ordinistici

Il sottoscritto altresì, dichiara di **non essere mai** stato iscritto negli Albi Professionali di altro Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale;  
(diversamente indicare dove e quando).....

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

**IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI**

DATA.....

FIRMA.....

**OMCeO DI PIACENZA - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**(Una dichiarazione per ogni socio)**

- **SOCI NON PROFESSIONISTI PER FINALITÀ DI INVESTIMENTO**
- **SOCI NON PROFESSIONISTI PER PRESTAZIONI TECNICHE**

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO  
IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI  
FALSI, SECONDO L'76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:**

- di **non essere** stato cancellato dall'Albo professionale per motivi disciplinari;
- di **non aver** riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di **non aver** riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel casellario giudiziale;
- di **avere** riportato condanne penali;  
(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).
- di godere dei diritti civili;
- di **non essere** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di **non versare** in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non partecipare ad altre Società Tra Professionisti;
- di **non aver** riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;
- di **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D.Lgs.n. 159 del 2011 (misure personali: foglio di via obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

**IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI  
ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ  
ISTITUZIONALI**

DATA.....

FIRMA.....

## OMCeO DI PIACENZA – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>SOCIO PERSONA GIURIDICA PER FINALITÀ DI INVESTIMENTO</b></li></ul>
---

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante della Società denominata \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO L'76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

### **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:**

- di **non essere** stato cancellato dall'Albo professionale per motivi disciplinari;
- di **non aver** riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di **non** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di **non aver** riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel casellario giudiziale;
- di **avere** riportato condanne penali;  
(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).
- di godere dei diritti civili;
- di **non essere** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di **non versare** in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.201 1, n. 183 e cioè di non partecipare ad altre Società Tra Professionisti;
- di **non aver** riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;
- di **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D.Lgs.n. 159 del 201 1 (misure personali: foglio di via obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

**IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI**

DATA.....

FIRMA.....

# MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 8 febbraio 2013, n. 34 (GU n.81 del 6-4-2013)

Regolamento in materia di società per l'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico, ai sensi dell'articolo 10, comma 10, della legge 12 novembre 2011, n. 183.

## CHECK LIST PER PROCEDURA ISCRIZIONE:

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale deve verificare l'osservanza delle disposizioni contenute nel DM 8 febbraio 2013, n. 34 e nella Legge 12 novembre 2011, n. 183.

	Dichiarazione di insussistenza di cause di Incompatibilità (art. 6 )			Requisiti essenziali per iscrizione
1	i soci partecipano ad altre società professionali in qualunque forma e a qualunque titolo, indipendentemente dall'oggetto della stessa STP.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NO
2	i soci professionisti sono in regola con il pagamento dei contributi previdenziali	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
3	I soci per finalità d'investimento:			
a	sono in possesso dei requisiti di onorabilità previsti per l'iscrizione all'albo professionale* cui la società è iscritta ai sensi dell'articolo 8 del DM 8 febbraio 2013, n. 34. <i>*1)certificato del casellario giudiziario pulito; 2)certificato attestante la buona condotta morale e civile (dichiarazione possesso requisiti di onorabilità); 3)certificato attestante il godimento dei diritti civili; 4)non aver riportato condanna penale che, a norma della legge 12/1979, comporta la radiazione dall'albo, salvo quanto stabilito dall'articolo 38 della stessa legge.</i>	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
b	hanno riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NO
c	sono stati cancellati da un albo professionale per motivi disciplinari.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NO
d	Risultano applicate nei loro confronti, anche in primo grado, misure di prevenzione personali o reali.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NO
4	Il legale rappresentante e gli amministratori della società, che rivestono la qualità di socio per finalità d'investimento rientrano nei casi di incompatibilità previsti nel punto 2 e nel punto 3	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> NO
5	Il numero dei soci professionisti e la partecipazione al capitale sociale dei professionisti è tale da determinare la maggioranza di due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci.* <i>*art. 10, comma 4, L. 12 novembre 2011, n. 183</i>	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
	<b>La domanda di iscrizione (art. 9)</b>			
6	La richiesta di iscrizione alla sezione speciale del registro delle imprese è stata prodotta da chi ha la rappresentanza della società.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
7	la sede legale della società tra professionisti coincide con la provincia del Consiglio dell'Ordine.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
a	è stato allegato l'atto costitutivo e lo statuto della società in copia autentica.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
b	è stato allegato il certificato di iscrizione alla sezione speciale del registro delle imprese.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
c	è stato allegato il certificato di iscrizione all'albo, elenco o registro dei soci professionisti che non sono iscritti presso l'Ordine o il collegio cui è rivolta la domanda.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
8	nel caso di società tra professionisti costituita nella forma della società semplice è stata allegata, in luogo dell'atto costitutivo e lo statuto, una dichiarazione autenticata del socio professionista cui spetti l'amministrazione della società.	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI