

**AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI AGRONOMI E DEI DOTTORI FORESTALI
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

Viale Francia, 30 -71122 Foggia

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto Dott. (cognome) _____ (nome) _____

CHIEDE

di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali di Foggia.

A tale fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art.1 del DPR del 20/10/98 n°403, regolamento di attuazione degli artt.1, 2 e 3 della Legge 15/5/97 n°127 e consapevole delle pene stabilite negli artt.483, 495 e 496 del codice penale per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' quanto segue:

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente a _____ Via _____ n. _____ Cap. _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere il pieno godimento dei diritti Civili;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso ⁽¹⁾;
- di aver conseguito presso l'Università di _____ il _____
la Laurea: specialistica (5 anni) in _____ (classe) _____;
triennale (3 anni) in _____ (classe) _____;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'Esercizio della Professione di Dottore Agronomo/Forestale, a seguito di superamento del relativo Esame di Stato, conseguita il _____ con il titolo di _____ presso l'Università di _____;
- di non essere iscritto, né di aver fatto domanda di iscrizione all'Albo dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali di altra provincia;
- di essere consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;
- che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403;
- il/la sottoscritto/a si obbliga a comunicare tempestivamente alla sede dell'Ordine, per iscritto, le variazioni di residenza, dello stato giuridico professionale e l'insorgenza di cause di incompatibilità all'esercizio della professione.

⁽¹⁾ In caso contrario indicare le eventuali condanne penali riportate, gli estremi delle relative sentenze e i procedimenti penali eventualmente pendenti.

Codice Fiscale ____/____/____/____/

Recapito Telefonico _____ Cell. _____ E-mail _____

Pec _____

Allega i seguenti documenti:

1. Fotocopia di un documento di identità valido;
2. Fotocopia del tesserino del codice fiscale;
3. una fotografia formato tessera;
4. **Ricevuta della Tassa di Concessione Governativa di Euro 168,00 sul c/c postale n.8003** intestato all'Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Tasse di Concessioni Governative, codice della causale n. 8617, tipo di versamento rilascio, con la seguente causale “Concessione governativa iscrizione Albo professionale Dottori Agronomi e Forestali”;
5. **Ricevuta del bonifico di Euro 155,00** (per tassa d'iscrizione all'Ordine) **su c/c bancario intestato all' Ordine Provinciale Dottori Agronomi e Dottori Forestali di Foggia - V.le Francia, 30 Foggia**
IBAN: IT20V0306909606100000179197;
6. Autocertificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 del certificato di abilitazione professionale;
7. Stato giuridico professionale (modello in allegato);
8. Dichiarazione sostitutiva di pagamento dell'imposta di bollo da € 16,00 (modello in allegato);
9. INFORMATIVA PRIVACY art 13 e 14 GPR 679/2016 (modello in allegato).

Data _____

Firma

**N.B. ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI
ISCRIZIONE ALL'ALBO ESIBIRE CARTA DI
IDENTITÀ VALIDA.**

STATO GIURIDICO PROFESSIONALE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Dichiarazione del Dott. _____ iscritto / in corso di iscrizione/ all'Ordine dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di Foggia sul suo stato giuridico professionale alla data del _____ da valere ai sensi dell'art. 3 dell'Ordinamento Professionale.

Il sottoscritto Dott. _____ residente a _____ in Provincia di _____ iscritto / in corso di iscrizione/ all'Ordine dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di Foggia, consapevole delle conseguenze anche penali derivanti da una dichiarazione infedele richiamate dall'art. 76 DPR 445 del 28/12/2000, sotto la sua piena responsabilità dichiara: (*)

di non avere alcun rapporto di dipendenza dallo Stato o da pubbliche Amministrazioni che vincolino l'esercizio della libera professione;

di essere dipendente del _____ e di essere in possesso dell'autorizzazione ad esercitare la libera professione;

di essere dipendente del _____ il cui Ordinamento interno vieta di norma l'esercizio della libera professione.

Il sottoscritto si impegna altresì, sempre a norma dell'art. 3 del vigente Ordinamento Professionale, a notificare all'Ordine ogni variazione della sua residenza e del suo stato giuridico professionale nel termine prescritto di 60 giorni.

IL DICHIARANTE

Si allega copia fotostatica, fronte retro, del documento di riconoscimento

Informativa ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96:

I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(*) fare una croce nel quadrato a lato della categoria di appartenenza.

INFORMATIVA PRIVACY art 13 e 14 GPR 679/2016:

I presenti dati personali sono raccolti al fine di poter assolvere ad adempimenti previsti da leggi nello svolgimento delle funzioni istituzionali, per le finalità connesse alla gestione dell'attività dell'Organismo da parte del Titolare del trattamento dei Dati.

Il Titolare del Trattamento è L'Ordine dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della provincia di Foggia con sede legale Viale Francia, 3 - 71122 Foggia, mail info@agronomi-fg.it, pec protocollo.odaf.foggia@conafpec.it

Il Titolare ed il Responsabile del Trattamento dei Dati hanno proceduto a nominare ciascuno un Responsabile della Protezione dei Dati DPO, raggiungibile ai recapiti indicati nelle Sezioni Privacy dei siti istituzionali dei rispettivi organismi. Il DPO nominato è l' Avv. Luigi Patricelli con domicilio professionale principale VIA ARCHIMEDE, 143 - 00197, ROMA (RM) Telefono: 0683602746 Fax: 068078895 VIA BARLETTA, 3 - 71121, FOGGIA (FG) l.patricelli@pmlegale.it avv.luigipatricelli@pec.it

I dati personali sono acquisiti direttamente dall'Interessato e/o da altri soggetti pubblici e il loro trattamento è svolto informa cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici.

I dati possono essere comunicati nell'ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati ai procedimenti sanzionatori e di contenzioso, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti.

L'informativa completa è visionabile sul sito istituzionale dell'Organismo. L'interessato può esercitare i diritti come previsti dall'art.12 del GDPR/2016 come descritto nell'informativa presente sul sito.

Dichiarazione sostitutiva di pagamento dell'imposta di bollo

(art. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445 - D.M. 10 novembre 2011)

Ufficio destinatario: _____

Il sottoscritto _____ codice fiscale _____

In relazione all'istanza _____

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 3 del Decreto Ministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/200, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA CHE

La marca da bollo n° _____
apposta nello spazio sottostante
sull'originale della presente dichiarazione è stata
annullata ed è utilizzata
per la presentazione dell'istanza

Apporre qui la marca da bollo

La marca da bollo n° _____
apposta nello spazio sottostante
sull'originale della presente dichiarazione è stata
annullata e verrà utilizzata
per il rilascio del provvedimento

Apporre qui la marca da bollo

Dichiara inoltre di impegnarsi a conservare l'originale della presente dichiarazione (con impegno di metterlo a disposizione per eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge) presso il proprio domicilio.

Allegati:

- Copia del documento di identità

_____, ____/____/____

Firma del dichiarante
