**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà sullo stato giuridico-professionale**

(Art. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

\_l\_ sottoscritt\_

nat\_\_ a (\_\_\_\_\_\_) il

residente a cap

in tel.[[1]](#footnote-1)

fax1 cellulare1

PEO

PEC

iscritt\_ presso l’Ordine dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di Napoli 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

* 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. 1 D.P.R. 20/04/1981, n. 350);
* di essere dipendente di Pubblica Amministrazione (specificare …………………………………………………………..) il cui ordinamento **CONSENTE**, di norma, l’esercizio della libera professione (status di iscritto **SENZA** annotazione a margine ai sensi dell’art. 2 D.P.R. 20/04/1981, n. 350);
* di essere autorizzat\_ all’esercizio della libera professione e di avere, pertanto, depositato presso la sede dell’Ordine l’autorizzazione rilasciata dell’Amministrazione di appartenenza;
* di essere dipendente privato (specificare …………………………………………………………………………………………..);
* di non avere alcun rapporto di lavoro dipendente.

Dichiara inoltre:

* di essere già in possesso del timbro (*riprodurre il timbro nell’apposito riquadro in basso per verificare la conformità a standard fissati da Circolari e Regolamenti CONAF*);
* di aver depositato il timbro presso la sede dell’Ordine;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * di voler richiedere
 | * di *non* voler richiedere
 | il rilascio del timbro a tampone; |
| * di svolgere attività professionale anche se *a titolo occasionale*
 | * di *non* svolgereattività professionale *a qualsiasi titolo*;
 |

* di essere in possesso di idonea polizza assicurativa;
* 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.*

*La presente vale ai fini dell’informativa ai sensi dell’art. 13 D.lgs. 196/2003. Ai sensi dell’art. 7 D. del medesimo D.lgs. in qualsiasi momento l’interessato può esercitare i suoi diritti in merito a un eventuale trattamento non autorizzato.*

 \_l\_ dichiarante[[2]](#footnote-2)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (luogo e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Allegare fotocopia di documento di identità o di documento di riconoscimento in corso di validità. [↑](#footnote-ref-2)