**(Fac - simile su carta intestata dell'iscritto)**

**AUTOCERTIFICAZIONE CAUSE D'INCOMPATIBILITA**

II/la sottoscritto/a nato/a a il

residente a m via

con studio professionale a in via

tel fax

e-mail

PEC

Iscritto

* all'Elenco Speciale Sezione A Commercialisti
* all'Elenco Speciale Sezione B Esperti Contabili

tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Pisa,

**PREMESSO**

- di essere a conoscenza delle cause di incompatibilità all'esercizio della professione previste **dall'art. 4 del D.Lgs. 13912005,**

**DICHIARA**

**-** ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa, **e consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445** cui va incontro in caso **di dichiarazione non corrispondente al vero:**

* di trovarsi, alla data di sottoscrizione della presente autocertificazione, nella causa di incompatibilità all'esercizio della professione prevista dall'art.4 del D.Lgs. 139/2005 di seguito descritta:

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

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

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

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

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

Data

Firma

Si allega copia di documento di identità valido