

**NOTA INFORMATIVA ISCRIZIONE DELLE S.T.P.  
(Società Tra Professionisti)**

Per l'iscrizione della SOCIETA' STP all'Albo dell'Ordine dei Medici di Brindisi, solo per società aventi sede legale nella provincia di Brindisi, è necessario presentare:

1. domanda su apposito modulo corredata degli allegati in essa indicati
2. dichiarazione sostitutiva di atto notorio per il possesso dei requisiti di cui al D.M. 8 febbraio 2013, n. 34
3. ricevuta del pagamento della quota annuale di iscrizione all'Albo che è di € 200,00. La quota è unica e indivisibile e matura al primo gennaio di ogni anno. Il pagamento deve essere effettuato mediante bonifico sulla BANCA BCC di Ostuni – Agenzia di Brindisi

IBAN: IT 32V0870615900000000703985 con la causale “ quota iscrizione albo STP anno.....(specificare l'anno)”. Il pagamento sarà da ripetere annualmente .

4. Quietanza pagamento tassa di concessione governativa di € 168,00 sul ccp 8003 intestato all'Agenzia delle entrate con indicazione del codice tariffa 8617. Causale “iscrizione all'Albo STP + denominazione sociale”-questo pagamento da fare una volta sola in fase di prima iscrizione. Il Consiglio Direttivo delibera sulla domanda di iscrizione entro 3 mesi dalla presentazione.

Ogni comunicazione relativa a variazioni nell'assetto societario, cambio sede e riguardo alla cessazione, nonché ogni altra variazione di dati dovrà essere comunicata all'Ordine.

Fac-simile Domanda di iscrizione STP

marca da bollo

**Al Consiglio Direttivo  
dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Brindisi**

Oggetto: Domanda di iscrizione STP.

Il sottoscritto

.....  
nato a ..... Prov. .... Il

C.F. ....

Legale rappresentante della Società tra Professionisti denominata

.....

.....  
Con sede legale in .....

Prov. ....

Via.....

.....  
(indicare se presenti anche le sedi secondarie)

.....  
con sede operativa in

..... Prov.

.....  
avente come oggetto sociale

.....  
e avente la seguente attività prevalente

.....  
iscritta al registro delle imprese di

..... al n. ....

dal .....

data inizio attività ..... data fine attività

.....  
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 Brindisi**

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 (o autocertificazione);
- 4) certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- 5) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 concernente stati, qualità, fatti relativi alla società di cui al DM n.34 dell'8.2.2013.resa dal legale rappresentante;
- 6) fotocopia documenti di identità di tutti i soci e dell'amministratore legale rappresentante;
- 7) attestato di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00, da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'agenzia delle entrate - centro operativo di Pescara – cod. tariffa: 8617;
- 8) attestato versamento tassa iscrizione Albo e quota annuale;
- 9) marca da bollo del valore indicato sulla prima pagina del modello;

Firma del Legale rappresentante

.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO SOCI  
PROFESSIONISTI**

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 \_\_\_\_\_

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 12.11.2011, 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;

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

Data ..... Firma

.....

*(Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)*