**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’PER INSUSSISTENZA INCOMPATIBILITA’ PER SOCI PROFESSIONISTI STP**

-art. 6 D.M. 8 febbraio 2013, n. 34-

*Il/La* sottoscritt*o/a* *cognome e nome* nat*o/a* in *luogo di nascita* Prov. (*prov.*) il *data di nascita* C.F. *codice fiscale* e residente a *città residenza* Prov. (*prov.*) cap *cap* in *Via* *immettere indirizzo residenza*,

DICHIARA

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 consapevole delle responsabilità penali previste dall’art. 76 stesso decreto cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

1. di essere socio professionista della Società tra Professionisti *denominazione STP* con sede a *sede STP* Prov. (*prov.*) cap *cap* in *Via* *immettere indirizzo STP*;
2. di non partecipare ad altre società professionali in qualunque forma e a qualunque titolo, indipendentemente dall’oggetto della stessa STP;
3. di essere:

cittadino italiano;

cittadino dello Stato di *indicare lo Stato*;

1. di non aver riportato sentenze penali di condanna;

Allega fotocopia documento di riconoscimento valido.

*luogo*, *data*

Il/La Dichiarante

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