

## GENERALITA'

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENZA: CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

## UBICAZIONE DELLO STUDIO

INTESTAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ ( )

TELEFONI \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

## INDIRIZZO DOVE RICEVERE LA CORRISPONDENZA:

INTESTAZIONE \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

## TITOLO DI STUDIO

DIPLOMA \_\_\_\_\_ CONSEGUITO NELL'ANNO \_\_\_\_\_

LAUREA \_\_\_\_\_ CONSEGUITA NELL'ANNO \_\_\_\_\_

MASTER SVOLTI \_\_\_\_\_ NELL'ANNO \_\_\_\_\_

CORSI SPECIALIZZAZIONE SVOLTI \_\_\_\_\_ NELL'ANNO \_\_\_\_\_

## MODALITA' DI SVOLGIMENTO ATTIVITA'

PROFESSIONALE  INDIVIDUALE  ASSOCIATO COD. ATECO \_\_\_\_\_

D'IMPRESA  INDIVIDUALE COD. ATECO \_\_\_\_\_

SOCIETA' - RAG. SOC. \_\_\_\_\_ COD. ATECO \_\_\_\_\_

NON ESERCITANTE  
LA PROFESSIONE

DIPENDENTE

COLLABORATORE

## INDICARE STUDIO O SOCIETA' PRESSO CUI LAVORA (solo se lavoratore dipendente):

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

PROV. \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

**POLIZZA R.C. PROFESSIONALE (obbligatoria per i Soci Ordinari)**

COMPAGNIA \_\_\_\_\_ MASSIMALE \_\_\_\_\_

STIPULATA IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° POLIZZA \_\_\_\_\_

ULTIMA QUIETANZA PAGATA IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (si allega Copia)

**COPERTURA PREVIDENZIALE**

**HA UNA COPERTURA PREVIDENZIALE?  
SE SI, INDICARE QUALE.**

SI

NO

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> GEST. SEPARATA INPS | <input type="checkbox"/> DIPENDENTE O PENS.   | <input type="checkbox"/> CASSA DI PREVIDENZA |
| <input type="checkbox"/> INPS GEST. COMMERC. | <input type="checkbox"/> INPS PENS. ARTIGIANI | <input type="checkbox"/> ALTRO _____         |

**ISCRIZIONI VARIE**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> REVISORI LEGALI   | <input type="checkbox"/> RAGIONIERI E/O DOTTORI COMMERCIALISTI |                                      |
| <input type="checkbox"/> CONSULENTI LAVORO | <input type="checkbox"/> AVVOCATI                              | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

RUOLO PRESSO LA C.C.I.A.A. DI \_\_\_\_\_  
TIPO DI RUOLO \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CTU AL N° \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE UNI 11511   | <input type="checkbox"/> ATTESTATO DI QUALITA' ANCOT |
| <input type="checkbox"/> CURATORE FALLIMENTARE  | <input type="checkbox"/> MEDIATORE CREDITIZIO        |
| <input type="checkbox"/> PROFESSIONISTA SINGOLO (QUADRO E) O  | <input type="checkbox"/> SOCIETA' (QUADRO H, G, F)   |
| <input type="checkbox"/> INSERITO NELL'ELENCO NAZIONALE DEI PROFESSIONISTI LEGITTIMATI A RILASCIARE IL VISTO DI CONFORMITA' |  |

**ABILITATO ENTRATEL**

SI PERSONALMENTE  NO

SI TRAMITE SOCIETA' DI SERVIZI \_\_\_\_\_  
(indicare chi invia)

**ABILITATO INPS**

SI PERSONALMENTE  NO

SI TRAMITE SOCIETA' DI SERVIZI \_\_\_\_\_  
(indicare chi invia)

**ABILITATO INAIL**

SI PERSONALMENTE  NO

SI TRAMITE SOCIETA' DI SERVIZI \_\_\_\_\_  
(indicare chi invia)

**CAF CON IL QUALE COLLABORO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_