

Modulo per la comunicazione di cui all'art. 21 del D.M. 31/05/1999 n. 164 – da utilizzare da parte di professionisti operanti in studi associati

All' Agenzia delle entrate
Direzione Regionale _____

OGGETTO: Comunicazione di cui all'art. 21 D.M. 31/05/1999 n. 164 per l'esercizio della facoltà di rilasciare il visto di conformità.

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ Codice fiscale _____
Partita IVA _____ iscritto all'Ordine dei _____
di _____ n. _____ abilitato alla trasmissione telematica delle dichiarazioni
Associato nello Studio
Professionale _____

_____,
Codice Fiscale _____, Partita IVA

_____,
con sede in _____, unitamente ai seguenti professionisti:

1) _____

(professionista di cui all'art. 3 comma 3 lett. a) e b) del DPR 322/1998 e dell'art. 35 del decreto legislativo n.241/1997 o altro professionista);

2) _____

(professionista di cui all'art. 3 comma 3 lett. a) e b) del DPR 322/1998 e dell'art. 35 del decreto legislativo n.241/1997 o altro professionista);

3) _____

(professionista di cui all'art. 3 comma 3 lett. a) e b) del DPR 322/1998 e dell'art. 35 del decreto legislativo n.241/1997 o altro professionista);

Recapito telefonico _____, numero di fax _____

Indirizzo di posta elettronica _____

COMUNICA

che intende esercitare, ai sensi dell'art. 21 del D.M. 31/05/1999 n. 164, la facoltà di rilasciare il visto di conformità, previsto dall'art. 35 del d.lgs. n. 241 del 1997

ALLEGA

1. copia della polizza assicurativa di cui all'art. 22 del decreto n. 164 del 1999
2. dichiarazione relativa all'insussistenza di provvedimenti di sospensione dall'ordine professionale di appartenenza;
3. dichiarazione relativa alla sussistenza dei requisiti di cui all'art. 8, comma 1, del decreto n. 164 del 1999

SI IMPEGNA

a comunicare eventuali future variazioni dei dati, degli elementi e degli atti di cui sopra, entro 30 giorni dalla data in cui si verificano, nonché a produrre il rinnovo della polizza assicurativa (in caso di tacito rinnovo) ovvero gli attestati delle quietanze (qualora il pagamento sia suddiviso in rate).

Luogo e data _____

(Firma del professionista)