*Fac-simile modulo per la comunicazione di cui all’art. 21 del D.M. 31/05/1999 n. 164 per l’ipotesi in cui il professionista si avvalga di una società di servizi*

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

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, numero di fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

* che intende esercitare, ai sensi dell’art. 21 del D.M. 31.5.1999 n. 164, la facoltà di rilasciare il visto di conformità, previsto dall’art. 35 del d.lgs. n. 241 del 1997;
* che si avvale della società di servizi di seguito specificata il cui capitale sociale è posseduto, in maggioranza assoluta, da professionisti che hanno comunicato che intendono apporre visto di conformità come si evince dai dati che seguono:

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione o Ragione Sociale |  |
| Sede legale |  |
| Codice fiscale |  |
| Partita IVA |  |
| Dati anagrafici soci e qualifiche | - Socio A) nato a ………… il ………….. e residente in …………………..……… via …………………..….. C.F. ………………….. iscritto all’Albo ……….di .…….... al numero …………con una quota pari al …..% del capitale sociale;  - Socio B) nato a ………… il ………….. e residente in …………………..……… via …………………..….. C.F. ………………….. iscritto all’Albo di ………..…….... al numero ………… con una quota pari al …..% del capitale sociale; |
| Dati anagrafici organo amministrativo | …………. nato a ………… il ………….. e residente in …………………..……… via ………………..….. C.F. ………………….. iscritto all’Albo ………..…….... al numero ………… |
| Dati anagrafici collegio sindacale | - Sindaco A) nato a ………… il ………….. e residente in ………………..……… via …………………..….. C.F. ………………….. iscritto all’Albo dei Revisori Contabili al numero …………  - Sindaco B) nato a ………… il ………….. e residente in ………………..……… via …………………..….. C.F. ………………….. iscritto all’Albo dei Revisori Contabili al numero …………  - Sindaco C nato a ………… il ………….. e residente in ………………..……… via …………………..….. C.F. ………………….. iscritto all’Albo dei Revisori Contabili al numero ………… |
| Attività affidate |  |

**ALLEGA**

1. copia della polizza assicurativa di cui all’art. 22 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, 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)