

Oggetto: dichiarazione di accettazione ed indipendenza del gestore designato (art. 11 D.M. n. 202/2014)

Il/La sottoscritto/a, dott. /dott.ssa/rag. _____,
nato a _____, residente a _____,
cod. fiscale _____, P. IVA _____,
PEC _____, tel/fax _____,
con studio in _____ Via _____,
nominato/a Gestore della crisi da sovraindebitamento per il debitore _____.

Comunica

di accettare l'incarico e contestualmente

dichiara

- di essere in regola con le norme sulla formazione obbligatoria (FPC);
- di mantenere i requisiti di onorabilità di cui all'art. 4, comma 8, d.m. n. 202/2014;
- di essere assicurato per i rischi di responsabilità civile professionale, ai sensi dell'art. 5, DPR n. 137/2012;
- di essere tenuto all'obbligo di riservatezza su quanto apprenderà in ragione dell'opera o del servizio ed al rispetto di tutti gli obblighi derivanti dal rapporto di collaborazione con questo Organismo di composizione della crisi da sovraindebitamento;
- di non essere legato/a al debitore ed a coloro che hanno interesse all'operazione di composizione della crisi da sovraindebitamento da rapporti di natura personale e/o professionale tali da comprometterne la propria indipendenza;
- di non trovarsi in una delle situazioni previste dall'art. 2399 c.c. e di non aver prestato negli ultimi 5 anni attività di lavoro subordinato o autonomo in favore del debitore ovvero di non aver partecipato agli organi di amministrazione o di controllo dello stesso debitore, anche per il tramite di soggetti con i quali si è uniti in associazione come previsto dall'art.11, comma 3, D.M. n. 202/2014.

....., li _____

Firma

Il/La sottoscritto/a, dott. /dott.ssa/rag. _____

dichiara di voler ricevere il fascicolo dell'istanza Prot. n. _____ / _____.

Tramite pec

....., li _____

Firma
