

DOUMENTI E ITER ISCRIZIONE A RUOLO

- 1) Chiedere l'ordinazione del sigillo notarile al Consiglio Notarile (ALL. A)
- 2) Provvedere all'eventuale cancellazione dall'Albo degli Avvocati, e impieghi incompatibili
- 3) Richiedere al Presidente del Consiglio Notarile l'iscrizione a ruolo (ALL.B) con i seguenti allegati:
 - a. Autocertificazione apertura studio (ALL. C)
 - b. Quietanza del pagamento della tassa per le concessioni governative (art. 42 regolamento) da versare in qualsiasi ufficio postale tramite bollettino di conto corrente postale nr. 8003 di euro 168,00
 - c. Quietanza del pagamento della tassa sulle opere universitarie. Abolita per chi ha studiato in Emilia Romagna. Articolo 3 L.R. 21 dicembre 2012, n. 15 "Norme in materia di tributi regionali" ha soppresso, a far data dal 1° gennaio 2013, la tassa per l'abilitazione all'esercizio professionale di cui all'articolo 190 del regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592 (Approvazione del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore).
 - d. Quietanza della tassa di iscrizione a ruolo da versare al Consiglio Notarile pari ad euro 35,00
 - e. Copia autentica del verbale di giuramento
 - f. Fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità valido
 - g. Richiesta tesserino identificativo (ALL. D)
 - h. Compilare i moduli con i dati anagrafici per la Cassa del Notariato (ALL. E)
 - i. Compilare i moduli con i dati anagrafici per il Consiglio Nazionale (ALL. F)

PER L'ISCRIZIONE A RUOLO, CON DEPOSITO DELLA FIRMA E RITIRO DEL SIGILLO PRENDERE APPUNTAMENTO, PRESSO LA SEGRETERIA, CON IL PRESIDENTE.

DOPO L'ISCRIZIONE A RUOLO:

- 4) Fissare i giorni di assistenza alla sede (almeno tre giorni alla settimana di sei ore) (ALL. G)

ALLEGATO A
RICHIESTA DEL SIGILLO

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ nominato notaio
con sede in _____ con decreto _____ pubblicato in G. U. nr. _____ del _____
- _____ serie speciale

Richiede il rilascio del sigillo notarile con la seguente dicitura:

“nome e cognome / cognome e nome di/fù _____ notaio in _____ “

Dati per la fatturazione

Domicilio fiscale:

dr.

via

cap.

P.IVA

C. F.

Cordiali Saluti

Lì

Ill.mo Signor Presidente del Consiglio Notarile di Modena.

Il / La sottoscritto/a Dott./ssa . nato a il : residente a
via , ,nominato Notaio in (MO) con Decreto
Ministeriale del pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale IV Serie Speciale n°
del , avendo adempiuto a tutti gli obblighi di legge,

C H I E D E

che la S.V. Ill.ma, ai sensi dell'art.24 della vigente legge notarile, voglia iscriverLa nel
Ruolo dei Notai esercenti di questo Distretto Notarile, con sede in .

Con osservanza,_____

Modena li,_____

Si Allega:

- 1) Decreto Ministeriale di nomina
- 2) Autocertificazione, comprovante l'apertura dello Studio, ai sensi dell'art. 47 del Regolamento Notarile e del D.P.R. 445/2000.
- 3) Quietanza di cui all'articolo 36 b) e c) tariffa notarile.
- 4) Copia conforme del verbale di giuramento .
- 5) Ricevuta del bollettino postale del pagamento delle tasse universitarie; (no se università svolta in Emilia Romagna).
- 6) Ricevuta del pagamento delle concessioni governative per l'iscrizione a ruolo.
- 7) Certificato di cancellazione all'Albo degli avvocati.

All. C

AUTOCERTIFICAZIONE APERTURA STUDIO

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa. Nato/a a il ,

nominato/a Notaio in , residente in in via ,

ai sensi degli articoli 38 e 47 D.P.R. 445/2000

COMUNICA

Di aver adempiuto agli obblighi previsti dagli artt. 18 e 24 della Legge Notarile e

CERTIFICA

Di aver aperto il proprio studio nel comune di in , , telefono fax:

. ciò in piena conformità con il disposto dell'art. 47 del regolamento notarile.

Modena Li

PROT. N. _____

DATA DI COMPILAZIONE _____

Spett.le Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.
Direzione Relazioni con la Clientela e Vendite
Via Salaria, 691 - 00138 Roma

SOSTITUZIONE TESSERA N. _____

MOTIVO _____

RICHIESTA TESSERINO DI RICONOSCIMENTO



Consiglio Nazionale del Notariato

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

PROV. _____

DATA DI NASCITA _____

Cod. Fisc. _____

DISTRETTO _____

SEDE _____

DATA IMMISSIONE A RUOLO _____

*Firma per autorizzazione del
Presidente del Consiglio Notarile Distrettuale*



FIRMA DEL TITOLARE

Avvertenza:
rimuovere la carta di superficie e applicare la foto sull'adesivo

CONSIGLIO NOTARILE DI MODENA

FOGLIO RIEPILOGO NOTIZIE RIGUARDANTI IL NOTAIOCognome _____ Nome _____ F M

Nato a _____ Prov _____ il _____

Codice Fiscale: _____ / _____ / _____ Stato civile _____

Residenza: _____ Via _____ CAP _____

Domicilio: _____ Via _____ CAP _____

INDIRIZZO STUDIO ATTUALE

Sede (Città) _____ Prov _____ Via _____

Cap _____ Tel _____ Fax _____ Email _____

Data inizio nell'attuale sede: _____ Trasferito dalla Sede di: _____

Data inizio professione: _____

Sedi precedenti:

Sede	Distretto	Data inizio nella Sede	Data trasferimento

Composizione nucleo familiare:

Tipo parentela*	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di Nascita	Codice fiscale
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

* Specificare se figlio/coniuge/convivente more uxorio.

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e trasmesso tramite posta o fax alla Cassa Nazionale del Notariato – Via Flaminia 160 – 00196 ROMA (FAX 06/3201855)

CONSIGLIO NOTARILE di

Foglio riepilogo notizie riguardanti il NOTAIO Dr.

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Prov. _____ Il _____
Indirizzo Studio : _____
SEDE (Città) _____ Prov. _____ Cap. _____
Telefono e prefisso : _____ Fax: _____
Trasferito dalla sede di: _____
Data inizio esercizio nella sede : _____
Data inizio professione: _____
Codice Fiscale : _____

Composizione Familiare:

<i>Cognome e nome</i>	<i>Grado di parentela</i>	<i>Data Nascita</i>

Sedi precedenti:

<i>Sede</i>	<i>Distretto</i>	<i>Data Fine</i>

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e trasmesso tramite posta o fax al CONSIGLIO NAZIONALE NOTARIATO Via Flaminia, 160 00196 Roma. (Fax 06-36.20.92.61)

ALL. G

AL CONSIGLIO NOTARILE DI MODENA

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa nato/a a il
notaio con sede in in via nr.

INDICA

Ai sensi dell'art. 26 della L. 16 febbraio 1913 n. 89 comma 1, così come modificato dall'art. 12 del D.L. 24 gennaio 2012 n. 1, convertito in legge 24 marzo 2012 n. 27 i seguenti giorni di assistenza alla sede (tre giorni a settimana di almeno 6 ore al giorno)

Dalle ore alle ore

Dalle ore alle ore

Dalle ore alle ore

Cordialmente

Lì