



Consistenti del Lavoro
Consiglio Provinciale dell'Ordine
Via Salgari 43/b – 25125 Brescia
cpo.brescia@consistentidellavoro.it
tel. 030/2427788

Brescia, 16-01-2026

Alle STP
Loro Indirizzi PEC

Oggetto: Quota di iscrizione anno 2026 STP.

Spett.le STP

la quota dovuta per l'iscrizione all'Ordine come STP per l'anno 2026 è pari a **euro 630,00 (seicentotrenta/00)**, così suddivisi:

- **euro 410,00 (quattrocentodieci/00) per il Consiglio Provinciale;**
- **euro 220,00 (duecentoventi/00) per il Consiglio Nazionale.**

I Consistenti del Lavoro iscritti alla STP, come stabilito dal Consiglio Nazionale, dovranno provvedere anche al pagamento della quota di iscrizione all'Albo singolarmente.

La quota deve essere pagata **ESCLUSIVAMENTE** a mezzo Mod. F24, a seguito di una apposita convenzione sottoscritta dal Consiglio Nazionale con l'Agenzia delle Entrate in data 17 febbraio 2011, alla quale lo scrivente Consiglio ha formalmente aderito.

Non sono possibili pertanto altre forme di pagamento (no bonifici, assegni o altro).

Vi ricordiamo che le somme precedentemente indicate dovranno essere versate entro il **16 febbraio 2026** con le modalità specificate negli allegati.

Il campo relativo al Codice Fiscale deve essere compilato inserendo quello della STP e non del singolo iscritto.

Il pagamento della quota annuale costituisce un obbligo, previsto dal nostro Ordinamento professionale ai sensi degli artt. 14, comma 1, lettera h) e 23 comma 1, lettera c) della legge 11 gennaio 1979, n. 12, il cui inadempimento comporta l'applicazione dei provvedimenti disciplinari di cui all'art. 29, lettera d) della stessa legge.

Decorsi 60 giorni la STP è automaticamente messa in mora oltre ad essere tenuta al pagamento dei diritti di segreteria stabiliti dal Consiglio Provinciale, senza ulteriori avvisi. Dalla data della messa in mora sarà dovuta una maggiorazione a titolo di penale pari al 5% del contributo pagato che diventerà del 10% trascorsi 12 mesi dalla scadenza del termine di pagamento, così come da regolamento del Consiglio Nazionale per la riscossione dei contributi dovuti dagli iscritti approvato con delibera n.314 del 25 settembre 2014 e successive modificazioni del 26 novembre 2015.

La mora e i diritti saranno richiesti con successiva comunicazione da parte della Segreteria.

Cordiali saluti.

F.to Il Consigliere Tesoriere
Vanda Nolli

F.to Il Presidente
Gianluigi Moretti

ORDINE DEI CONSULENTI DEL LAVORO

VERSAMENTO QUOTE ANNUALI DI ISCRIZIONE DOVUTE AL CONSIGLIO NAZIONALE ED AL CONSIGLIO PROVINCIALE DELL'ORDINE DEI CONSULENTI DEL LAVORO

Rif. Risoluzione Agenzia delle Entrate n. 24/E del 03/03/2011

Sezione da utilizzare:

- "altri enti previdenziali e assicurativi"

- codice ente (Consiglio Nazionale-Consiglio Provinciale) (quattro caratteri) = **0005**

- codice sede (Consiglio Nazionale-Consiglio Provinciale) (due caratteri)= sigla provincia
iscrizione

Brescia = **BS**

- codice causale contributo Consiglio Nazionale (quattro caratteri) = **ODCL**

- codice causale contributo Consiglio Provinciale (quattro caratteri) = sigla provincia iscrizione
+ 00"

Brescia = **BS00**

- codice posizione assicurativa (cinque caratteri) = **numero iscrizione all'albo preceduto da
tanti zeri fino a raggiungere cinque caratteri. Ad esempio numero iscrizione 155 =
00155.**

- periodo di riferimento (da riportare sempre ad anno completo)

da = 01/AAAA (mese inizio anno a cui si riferisce la quota di iscrizione)

a = 12/AAAA (mese fine anno a cui si riferisce la quota di iscrizione)

esempio quota dovuta per l'anno 2026= **da 01/2026 a 12/2026**

- importi a debito

prima riga = quota di competenza Consiglio Nazionale = **220,00;**

seconda riga = quota di competenza Consiglio Provinciale = **410,00.**

**- il campo relativo al C.F. deve essere compilato inserendo il riferimento della STP e non
dell'eventuale studio associato**

- al momento della compilazione deve essere prestata particolare attenzione al codice
Tributo/Ente;

AGENZIA DELLE ENTRATE

MODELLO DI PAGAMENTO
UNIFICATO

DELEGA IRREVOCABILE A:

AGENZIA

PROV.

PER L'ACCREDITO ALLA TESORERIA COMPETENTE

Mod. F24

CONTRIBUENTE

CODICE FISCALE

cognome, denominazione o ragione sociale

nome

Barrare in caso di anno d'imposta
non coincidente con anno solare

DATI ANAGRAFICI

data di nascita

giorno

mese

anno

sesso (M o F)

comune (o Stato estero) di nascita

prov.

comune

prov.

via e numero civico

DOMICILIO FISCALE

SEZIONE ERARIO

IMPOSTE DIRETTE - IVA
RITENUTE ALLA FONTE
ALTRI TRIBUTI ED INTERESSI

codice tributo	rateazione/ regione/prov.	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

codice ufficio

codice atto

TOTALE

A

0,00 B

0,00

SALDO (A-B)

0,00

SEZIONE INPS

codice sede	causale contributo	matricola INPS/codice INPS/ filiale azienda	periodo di riferimento: da mm/aaaa	a mm/aaaa	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE

C

0,00 D

0,00

SALDO (C-D)

0,00

SEZIONE REGIONI

codice regione	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE

E

0,00 F

0,00

SALDO (E-F)

0,00

SEZIONE ICI ED ALTRI TRIBUTI LOCALI

codice ente/ codice comune	Ravv.	Immob. variati	Acc.	Saldo	numero immobili	codice tributo	rateazione	anno di riferimento	importi a debito versati	importi a credito compensati

TOTALE

G

0,00 H

0,00

SALDO (G-H)

0,00

Detrazione ICI
abitazione principale

SEZIONE ALTRI ENTI PREVIDENZIALI ED ASSICURATIVI

codice sede	posizione assicurativa numero	c.c.	numero di riferimento	causale	importi a debito versati	importi a credito compensati

INAIL

TOTALE

I

0,00 L

0,00

SALDO (I-L)

0,00

codice ente		codice sede	causale contributo	codice posizione	periodo di riferimento:		importi a debito versati	importi a credito compensati
					da mm/aaaa	a mm/aaaa		
0	0	5	BS	ODCL	NNNNN	01 2026	12 2026	220,00
			BS	BS00	NNNNN	01 2026	12 2026	410,00

TOTALE

M

630,00 N

0,00

SALDO (M-N)

630,00

FIRMA

SALDO FINALE

Barrare in caso di versamento da parte di
erede, genitore, tutore o curatore fallimentare

EURO

+

630,00

ESTREMI DEL VERSAMENTO (DA COMPILARE A CURA DI BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO)

DATA			CODICE BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO		Pagamento effettuato con assegno		bancario/postale	
giorno	mese	anno	AZIENDA	CAB/SPORTELO	n.ro			circolare/vaglia postale
					tratto / emesso su		cod. ABI	CAB

Autorizzo addebito su

conto corrente bancario n°

cod. ABI

CAB

firma

1° COPIA PER LA BANCA/POSTE/CONCESSIONARIO