

ALL'ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
Via Domenico Fontana, 22
73100 LECCE

Il sottoscritto/a....Cognome.....e.Nome.....nato/a...a.....
.....(prov.....),il....., residente in.....(prov.....)
Via.....n._____tel_____, cell.
e-mail (*)

c.f._____, titolo professionale:
() Ragioniere Commercialista, iscrizione n° del
() Dottore Commercialista, iscrizione n°del
() Esperto Contabile, iscrizione n° del

(*) L'indirizzo e-mail è necessario per essere informati sulla data del ritiro:

Visto il Regolamento sull'uso del sigillo personale, approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili in data 1° ottobre 2008,

CHIEDE

il rilascio del sigillo personale identificativo, previo versamento di euro 70.00, a titolo di rimborso spese e provvede ad effettuare e allegare alla presente copia, il versamento da versare a mezzo bollettino PagoPa registrandosi al seguente link: <https://lecce.odcec.pluginandpay.it/> o richiedendo l'emissione dell'identificativo Univoco di Versamento (IUV) direttamente alla segreteria dell'Ordine.

- di non trovarsi in nessuna delle cause di incompatibilità con l'esercizio della professione previste dall' Ordinamento Professionale e dal Codice Deontologico;

- di conoscere, accettare ed osservare incondizionatamente le norme previste dal regolamento per l'uso del sigillo personale, approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili in data 01/10/08;

- di restituire immediatamente il sigillo qualora insorgano condizioni di incompatibilità, sospensione, decadenza, cancellazione, trasferimento e, comunque, a semplice richiesta del Consiglio dell'Ordine nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali.

Resta in attesa di Vs. comunicazioni per il ritiro.

Data.....

Firma per esteso.....

DATA E FIRMA DI RITIRO

IMPRONTA SIGILLO