

MODULO DI RICHIESTA SIGILLO

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
E degli Esperti Contabili di Torre Annunziata
Via Prota n. 79 is. 9
80058 TORRE ANNUNZIATA

Il sottoscritto _____
Nato a _____ il _____ con studio in _____
Cap _____ Via _____ P.I. _____
Titolo Professionale _____ iscritto dal _____ al n. _____

CHIEDE

Il rilascio del sigillo identificativo da Voi realizzato impegnandosi ad osservare il relativo regolamento approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili in data 01/10/2008

DICHIARA

Inoltre, di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs.139/05.
Il sottoscritto si impegna altresì a restituire il sigillo in caso: di trasferimento ad altro Ordine; di cancellazione dall'Albo, con o senza contestuale iscrizione all'Elenco Speciale; di provvedimenti disciplinari di sospensione e di radiazione.

Si impegna altresì a corrispondere, al momento del ritiro, il costo del sigillo.

Torre Annunziata, _____

(Firma)

Data di rilascio del sigillo _____