**FAC-SIMILE RICHIESTA SIGILLO PROFESSIONALE ( solo iscritti albo)**

 Il sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolo professionale Ragioniere Commercialista / Dottore Commercialista, n° iscrizione AA\_00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) L’indirizzo e-mail è necessario per essere informati sulla data del ritiro.

chiede

il rilascio del sigillo professionale impegnandosi al versamento di euro 21,40 oltre IVA di legge direttamente al fornitore che provvederà ad emetterà ad ogni iscritto fattura prima della messa in produzione.

A tal fine dichiara :

• 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………………………………