



Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili

Circoscrizione del Tribunale di Trani

Modulo di Richiesta – Sigillo Professionale

Il sottoscritto/a _____ nato a _____ prov (____) il
____/____/____, residente a _____ prov (____) in Via _____ n.ro____
Pec _____ iscritto all'Albo Professionale al n.ro _____ Sez _____

1

Dottore Commercialista Ragioniere Commercialista Esperto Contabile

CHIEDE

Il rilascio del sigillo professionale, previo versamento di **70,00 €** a titolo di rimborso spese sostenute per la realizzazione del sigillo e provvede

- ad effettuare e allegare alla presente copia, il bonifico dell'avvenuto pagamento (Banca di Andria di Credito Coop. S.C.A.R.L. - IBAN IT12 T071 0141 3400 0000 0003 702);
- a versare la somma citata al momento della presentazione della stessa presso la Segreteria.

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 01/10/2008;
- di restituire immediatamente il sigillo "qualora insorgano condizioni di incompatibilità, sospensione, decadenza o cancellazione e, comunque, a semplice richiesta del Consiglio dell'Ordine nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali"

Resta in attesa di Vs comunicazione a mezzo Pec per il ritiro.

_____, ____/____/____

Firma
