

Dott/Dott.ssa _____

Via _____, n. _____ Cap _____ Città _____

Email _____

pec- _____ Cell _____

Luogo e data, _____

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Catanzaro
Galleria Mancuso - Via Spasari n. 3
88100 CATANZARO

Oggetto: **RICHIESTA SIGILLO PERSONALE.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___ / ___ /19 ___

iscritto all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Catanzaro al numero _____,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 5 del regolamento sull'uso del sigillo personale identificativo degli iscritti nell'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, il rilascio del sigillo personale identificativo.

A tal fine dichiara, sotto la propria personale responsabilità:

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni 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 approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili in data 1 ottobre 2008;
- di impegnarsi a restituire immediatamente il sigillo qualora insorgano condizioni di incompatibilità, sospensione, decadenza o cancellazione e, comunque, a semplice richiesta del Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Catanzaro nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali.

Firma
