



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. ___

Dottore Commercialista Ragioniere Commercialista Esperto Contabile

chiede

Il rilascio del sigillo professionale, previo versamento di **85,00 €** 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 intestato all'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili);
- 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

Via Giuseppe Amorese n. 4 - 76125 Trani

Tel. 0883 507398 - 0883502119 - fax 0883 507029 - mail: segreteria@commercialistitrani.it pec: ordine@odcecetrani.it