

MODULO DI RICHIESTA SIGILLO

Spett.le
**Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili della Spezia**
Piazzale Kennedy 27
19124 La Spezia (SP)
Fax 0187-1852885
e mail segreteria@odceclaspezia.it

La Spezia,

Il sottoscrittonato a il
residente in via n. città Prov.....
cap..... mail tel. fax

RICHIEDE

la concessione in uso del sigillo identificativo da Voi rilasciato, impegnandosi ad osservarne il relativo regolamento.

DICHIARA

- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui art. 4 D.Lgs. 28.06.2005 n. 139 e dal Codice Deontologico.
- di aver preso visione e accettato le condizioni citate dal Regolamento emanato dal CNDCEC per l'uso del sigillo personale identificativo degli iscritti approvato dal Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili della Spezia in data 19.11.2008.
- 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.

Si impegna ad effettuare il pagamento di 100,00 Euro + iva 22%, a titolo di contributo per rimborso spese, alla presentazione della suddetta richiesta, tramite bonifico bancario codice IBAN IT41Y0623010706000040466890, o presso la segreteria.

Cordiali saluti.

(firma)