



*ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E  
DEGLI ESPERTI CONTABILI DI FERMO*

**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 Albo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- la consegna del sigillo identificativo rilasciato dall'Ordine, impegnandosi a rimborsare allo stesso la somma di € 18,00, da versare all'atto del ritiro del sigillo;
- la consegna di un cuscinetto già inchiostro più un flaconcino di inchiostro ad olio adatto ad esser utilizzato con il sigillo, al costo aggiuntivo di € 6,00 da versare all'atto del ritiro.

**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.

Cordiali saluti.

Data.....

Firma per esteso.....