

RICHIESTA DI CONCESSIONE IN USO DEL SIGILLO PERSONALE IDENTIFICATIVO ODCEC PADOVA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ CAP _____
via _____ n. _____
Tel.: _____ Cell. _____ Telefax _____
con domicilio professionale a _____ CAP _____
via _____ n. _____ tel. _____
telefax _____ e-mail _____

CHIEDE

Il rilascio in concessione d'uso del Sigillo Personale Identificativo in qualità di
Iscritto all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Padova

al Numero _____ Sezione **A** **B**

SIGILLO CON IMPRONTA A INCHIOSTRO

SIGILLO CON IMPRONTA A SECCO

e che il Titolo da riportare nel sigillo è:

DOTTORE COMMERCIALISTA

RAGIONIERE COMMERCIALISTA

ESPERTO CONTABILE (per gli iscritti nella sezione B dell'Albo)

DICHIARA

- a) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità con l'esercizio della professione previste dall'Ordinamento Professionale e dal Codice Deontologico;
- b) di conoscere, accettare ed osservare incondizionatamente le norme previste dal Regolamento sull'uso del Sigillo Personale Identificativo approvato dal Consiglio

Nazionale dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili in data 1 ottobre 2008 e comunicato con informativa CNDCEC n. 58/08;

SI IMPEGNA

- c) a 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.

Data _____

Firma _____

Per il rilascio del suddetto Sigillo il sottoscritto ha versato:

- SIGILLO CON IMPRONTA A INCHIOSTRO l'importo di Euro 30,00
- SIGILLO CON IMPRONTA A SECCO l'importo di Euro 100,00
- TRAMITE PAGOPA CLICCANDO [QUI](#)

di cui consegna copia.

Data _____

Firma _____