

RICHIESTA DI CONCESSIONE IN USO DEL SIGILLO PERSONALE IDENTIFICATIVO

*SPETT.LE CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI PADOVA
Via G. Gozzi n. 2G - 35131 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**

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 l'importo di Euro 30,00

☐ tramite bonifico bancario accreditato presso BANCA ANTONVENETA SPA –

Tesoreria - Sede di Padova, via VIII Febbraio n. 5 –

CODICE IBAN: IT 55 A 01030 12134 00000 1019863 con causale **SIGILLO COGNOME
NOME – N° ISCRIZIONE ALBO;**

☐ direttamente presso gli sportelli della BANCA ANTONVENETA SPA – Tesoreria -

Filiale n. 62 di Padova, via VIII Febbraio n. 5 con causale **SIGILLO COGNOME NOME –
N° ISCRIZIONE ALBO;**

di cui consegna copia.

Data _____

Firma _____