Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Roma	*M 03.55 RICHIESTA SIGILLO PROFESSIONALE*

Il/La sottoscritto/a …….……..…...… C.F. …….……....

nato/a ……..... (prov. .....) il …….……..

residente in ……. (prov. ……) via …….……. n. ……

iscritto all'Albo, al nr. …….

☐ Sez. A – Dottore Commercialista ☐ Sez. A –Ragioniere Commercialista ☐ Sez. B – Esperto Contabile

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

CHIEDE

il rilascio del sigillo professionale, previo versamento di € 70,00, a titolo di rimborso spese e provvede:

☐ ad effettuare ed allegare alla presente copia, il bonifico dell'avvenuto pagamento (Banca Popolare di Sondrio codice IBAN IT 16 J056 9603 2110 0000 3009 X06 – causale: Richiesta Sigillo - Nome Cognome);
☐ a versare la somma citata al momento della presentazione della stessa.

A tal fine dichiara:

- di non trovarsi in alcuna 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.

Firma per esteso

Roma …… ..……..…….……