



  
**Ordine dei  
Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili**  
Verona

## Richiesta di Concessione d'uso del Sigillo Personale Identificativo (ex art. 5 del Regolamento)

### Il sottoscritto

scrivere in stampatello

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Barrare la casella

- Dottore Commercialista n° \_\_\_\_\_ /A  
 Ragioniere Commercialista n° \_\_\_\_\_ /A  
 Esperto Contabile n° \_\_\_\_\_ /B

chiede il rilascio del proprio Sigillo Personale Identificativo e dichiara:

1. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità con l'esercizio della professione previste dall'Ordinamento Professionale e dal Codice Deontologico;
2. di conoscere, accettare ed osservare incondizionatamente le norme previste dal *Regolamento sull'Uso del Sigillo Personale Identificativo degli Iscritti all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili* emanato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili;
3. 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.

Allega copia bonifico bancario di € 70,00 a titolo di rimborso spese per il rilascio del Sigillo sul conto della Tesoreria BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA SCRL IBAN: IT35T083271170000000000190 indicando causale: cognome nome – richiesta Sigillo (N.B. in caso di versamento diretto presso lo sportello precisare che trattasi di conto di Tesoreria)

In fede.

Verona, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_