

**Al Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Vallo della Lucania**

Via Zaccaria Pinto, 19  
84078 Vallo della Lucania (SA)

**Richiesta di concessione d'uso del Sigillo Personale Identificativo**

(ai sensi dell'art 6 del Regolamento CNDCEC)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_

Dottore Commercialista iscritto al n. \_\_\_\_\_ dell'Albo, sezione A

Ragioniere Commercialista iscritto al n. \_\_\_\_\_ dell'Albo, sezione A

Esperto Contabile iscritto al n. \_\_\_\_\_ dell'Albo, sezione B

con domicilio professionale in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

**RICHIESTE**

il rilascio del proprio sigillo personale identificativo che sostituisce a tutti gli effetti quello precedentemente in uso se esistente. Inoltre, 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.

Per quanto sopra, chiede all'Ordine di curare la realizzazione del timbro autoinchiostante secondo le specifiche tecniche stabilite dal citato regolamento, anticipando a tal fine alla Segreteria, contestualmente alla presente istanza, l'importo richiesto dall'impresa realizzatrice, la quale provvederà all'emissione a favore del sottoscritto della relativa fattura elettronica.

Con osservanza

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma