

Spett.
Consiglio dell'Ordine dei dottori
commercialisti e degli esperti contabili
di CASTROVILLARI
Viale del Lavoro, 128
87012 – CASTROVILLARI (CS)
Tel. e fax 0981/27973
e-mail odccv@tiscali.it
PEC segreteria@odceccv.legalmail.it

Il sottoscritto dott./rag. _____

nato a _____ il

_____ e residente in _____ alla Via

_____ n. _____,

con la presente

CHIEDE

la concessione in uso del sigillo professionale identificativo degli iscritti all'Albo; a tal fine dichiara di:

- (a) non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità con l'esercizio della professione previste dall'Ordinamento Professionale e dal Codice Deontologico;*
- (b) conoscere, accettare ed osservare incondizionatamente le norme previste dal presente Regolamento;*
- (c) 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.*

Unitamente alla presente versa la somma di € 30,00^(*) per costo del precitato sigillo.

li _____

Con osservanza

^(*) PagoPA al link <https://castrovillari.odcec.pluginpay.it/> – Pagamento Spontaneo – Sezione Servizi di Segreteria (Attività Istituzionale) – Nuova iscrizione Albo – Scegli una tariffa