

RICHIESTA CONCESSIONE IN USO SIGILLO PERSONALE IDENTIFICATIVO

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
E degli Esperti Contabili
Di Macerata e Camerino
Piazza della Libertà n.23
62100 MACERATA
Mail: segreteria@odcec-maceratacamerino.it

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il.....

Residente a..... in via.....

.....

con studio in..... in via.....

.....

Iscritto/a all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Macerata e Camerino richiede la concessione in uso del sigillo ed a tal fine

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

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 per l'uso del sigillo;
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.

SI IMPEGNA

1. Al pagamento delle seguenti somme:

- Richiesta esclusivamente del sigillo: _____ € 30,00
- Richiesta sigillo e tampone inchiostro: _____ € 37,00

Il pagamento della somma dovrà avvenire attraverso le modalità presenti sul sito dell'Ordine alla pagina Pagamenti On Line della Pubblica Amministrazione (Pago PA) al seguente link:

<https://camerino.odcec.pluginpay.it/Integrazioni/AvvisoSpontaneoPAAnonimo>

2. A ritirare personalmente il sigillo medesimo.

In fede

Data.....

Firma

.....