

Spett.le Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti

e degli Esperti Contabili di Cagliari

Viale Trento 94 – 09123 - **Cagliari**

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____ (____),
residente a _____, nella Via _____,
CAP (____), Codice Fiscale _____

chiede

il rilascio del sigillo personale identificativo.

DICHIARA

- di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 4 del D.Lgs. 28.6.2005 n. 139;
- di conoscere, accettare e impegnarsi ad osservare incondizionatamente le norme previste dal Regolamento sull'uso del sigillo approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti contabili in data 1 ottobre 2008;
- di impegnarsi a 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”* (art. 5 Co. c. del Regolamento sull'uso del sigillo) nonché nei casi di trasferimento ad altro Ordine, cancellazione dall'Albo con o senza contestuale iscrizione nell'Elenco Speciale di non esercenti; e a seguito di eventuali provvedimenti disciplinari di sospensione e di radiazione deliberati dal Consiglio dell'Ordine (art. 10 Co. 1 del Regolamento sull'uso del sigillo).

Allega copia del versamento effettuato.

Ringrazia e porge ossequi

Firma

Cagliari, _____