

Onorevole Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari
via Alghero 33 – 09127 – **Cagliari**

**DICHIARAZIONE DI SMARRIMENTO/FURTO/MANCATO RITIRO DEL
SIGILLO PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ prov. _____ il
_____ residente
a _____ prov. _____ via _____ n° _____
iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari al
n° _____ consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai
sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

di non essere in possesso del proprio sigillo professionale per:

- ☐ **smarrimento**
- ☐ **furto**
- ☐ **mancato ritiro**

Cagliari,

Firma

Allegato documento di identità