

RICHIESTA RILASCIO TESSERINO ISCRIZIONE PROFESSIONALE

Spettabile
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Cagliari
Viale Trento n. 94
09123 Cagliari

Il/La sottoscritto/a (Cognome)_____

(Nome)_____

Codice fiscale_____

RICHIEDE

All'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari il rilascio del tesserino professionale valido come documento di riconoscimento d'iscrizione all'Ordine e dotato di banda magnetica per la rilevazione delle presenze relative alla Formazione Professionale Continua.

Luogo e data,_____

Firma
