

Al Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e
degli Esperti Contabili di Cagliari
Viale Trento 94 – 09123 – Cagliari

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ provincia (_____) il _____ residente a
_____ provincia (_____) via/piazza _____
n° _____ CAP _____ iscritto/a all'Albo / Elenco Speciale 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 tesserino di riconoscimento a causa di uno dei seguenti eventi:

smarrimento furto mancato ritiro

Luogo e data _____ **Firma** _____

DOCUMENTI ALLEGATI

copia di un documento di identità in corso di validità