



***Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Udine***

Al Consiglio dell'Ordine dei
Dottori Commercialisti e degli
Esperti Contabili di Udine
Via Carducci, 44
33100 Udine

Il sottoscritto _____

RICHIEDE

Il sigillo personale identificativo degli iscritti all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Udine

DICHIARA

1. di essere nato a _____ il _____
2. di avere lo studio a _____ via _____
cap _____ tel. _____ e-mail _____
3. di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità con l'esercizio della professione previste dall'Ordinamento Professionale e dal Codice deontologico;
4. di conoscere, accettare ed osservare incondizionatamente le norme previste dal Regolamento sull'uso del sigillo approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili in data 01/10/08;
5. 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 comma c. del Regolamento) nonché nei casi di: trasferimento ad altro Ordine; cancellazione dall'Albo con o senza contestuale iscrizione all'Elenco Speciale; provvedimenti disciplinari di sospensione e di radiazione deliberati dal Consiglio dell'Ordine (art. 10 comma 1 del Regolamento);
6. di impegnarsi a fare denuncia in caso di smarrimento o furto del sigillo all'Autorità di Polizia e darne avviso all'Ordine con lettera raccomandata da spedirsi entro tre giorni lavorativi allegando copia della predetta denuncia.

Udine, _____ Firma _____