

**Spett.le
Consiglio dell'Ordine dei dottori
commercialisti e degli esperti contabili
di Belluno
Piazza dei Martiri
32100 - Belluno**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a _____ via _____ n. _____

con domicilio professionale a _____ via _____ n. _____

tel. n. _____ e-mail _____

CHIEDE

la concessione in uso del sigillo professionale

DICHIARA

- ☐ di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità con l'esercizio della professione, previste dall'Ordinamento Professionale e dal Codice Deontologico;
- ☐ di conoscere, accettare ed osservare incondizionatamente le norme previste dal regolamento sull'uso del sigillo professionale approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili in data 01/10/2008;

SI IMPEGNA

- ☐ 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.

Data _____

Firma _____

- ☐ Per il rilascio del suddetto sigillo il/la sottoscritto/a ha versato l'importo di € 60,00 tramite servizio PagoPa sul sito dell'Ordine al link: [Portale dei Pagamenti](#) (Servizi di segreteria-Nuovo sigillo).