

Spett.le
Consiglio dell'Ordine dei dottori
commercialisti e degli esperti contabili
di _____

Marca da
bollo

€16,00

Prot. n. _____ *(spazio riservato all'Ordine)*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
cittadinanza: _____ codice fiscale: _____ partita IVA: _____ telefono
fisso _____ telefono cellulare: _____ fax: _____
indirizzo e-mail: _____ posta elettronica certificata: _____
iscritto/a nell' Albo Elenco dei non esercenti, sezione A Bⁱ

CHIEDE

la cancellazione dall' Albo Elenco dei non esercentiⁱ

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimento penaleⁱⁱ.

Allega i seguenti documenti:

1. fotocopia chiusura partita Iva o autocertificazione si no
2. sigillo professionale si no
3. tesserino d'iscrizione all'Albo si no
4. fotocopia chiara e leggibile di valido documento di riconoscimento.

lì _____

In fede

ⁱ Barrare l'opzione che interessa.

ⁱⁱ La cancellazione non può essere disposta in caso di sottoposizione a procedimento penale e/o disciplinare o se il richiedente è sospeso dall'esercizio della professione (art. 38 D.lgs. 139/2015).

DICHIARAZIONE DI SMARRIMENTO/FURTO/MANCATO RITIRO

TESSERINO PROFESSIONALE, SIGILLO PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a _____ iscritto/a al n. ____ dell'Albo dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trapani, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

1) di non essere in possesso del proprio tesserino di iscrizione all'Ordine per:

smarrimento furto mancato ritiro

2) di non essere in possesso del proprio sigillo professionale per:

smarrimento furto mancato ritiro

Trapani _____

Firma del dichiarante
