

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI
TRAPANI
(CIRCOSCRIZIONE DEL TRIBUNALE DI TRAPANI)**

C.F.: 93053990813

**91100 TRAPANI – Via Eurialo n° 7
Tel/Fax 0923 21264
E-MAIL: info@odcctrapani.it**

Il sottoscritto Dr/Rag _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____

con studio sito in _____ Via _____

iscritto nell'albo professionale di codesto Ordine dal _____

iscritto nell'Elenco Speciale di codesto Ordine dal _____

numero di iscrizione _____ codice fiscale _____

CHIEDE

Certificato di iscrizione all'Albo/Elenco Speciale con indicazione della posizione disciplinare N° __ in bollo
N° __ in carta libera per uso: _____

Certificato di iscrizione nel Registro dei Praticanti N° __ in bollo
N° __ in carta libera per uso: _____

Certificato di cancellazione Albo/Elenco Speciale N° __ in bollo
N° __ in carta libera per uso: _____

Certificato di abilitazione o compiuta pratica N° __ in bollo
N° __ in carta libera per uso: _____

DATA

FIRMA