

Il sottoscritto richiede il rilascio della **Tessera di Iscrizione All'Albo** dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Lecce:

**1. Dati anagrafici obbligatori :**

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

*Dati anagrafici:* Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso ☐ M ☐ F Cittadinanza \_\_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. nascita \_\_\_\_\_

Stato di nascita \_\_\_\_\_

*Residenza:* Indirizzo (Via, numero...) \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Frazione \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail(\*): \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Foto tessera**



**Informazioni tesserino:**

Ordine di \_\_\_\_\_

Numero iscrizione all'Albo: \_\_\_\_\_ Data iscrizione all'Albo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

di esprimere ☐

di non esprimere ☐

il consenso, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 23 del D. L.vo n. 196/2003 e dell'art. 29 bis del T.U. n. 445/2003, al trattamento dei dati personali forniti con la presente richiesta per le finalità ulteriori alla prestazione del Servizio indicate nell'art. 2 delle Condizioni Generali dei Servizi di Certificazione.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Il Sottoscritto)

\_\_\_\_\_

**Il Presidente dell' Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Lecce certifica che, alla data, il titolare richiedente è iscritto all' Ordine dei Dottori Commercialisti di Lecce e non sussistono procedimenti disciplinari in corso, precludenti l'esercizio della professione.**

Il Presidente

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_