**MODULO DI RICHIESTA SIGILLO PROFESSIONALE**

ALL’ ORDINE DEI CONSULENTI DEL LAVORO

CONSIGLIO PROVINCIALE DI SALERNO

Via Sabato Visco, 20 Loc. San Leonardo

84131 SALERNO SA

Il sottoscrittoCdL immettere il nome nato a luogo nascita il data nascita residente a cttà residenza Cap cap residenza indirizzo residenza con studio professionale a città studio Cap cap studio indirizzo studio iscritto al numero n. iscrizione di ruolo dell’ Albo di codesto Ordine a far data dal data iscrizione, P.IVA P.iva.

**RICHIEDE**

il rilascio del sigillo professionale impegnandosi ad osservare e sottoscrivere il REGOLAMENTO che ne disciplina l’uso.

**AUTORIZZA**

codesto Consiglio al trattamento di tutti i dati personali indicati alla gestione cartacea ed elettronica, alla divulgazione degli stessi a terzi per fini istituzionali, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679, D.Lgs n. 101/2018 e successive modifiche ed integrazioni.

**DICHIARA**

inoltre, di non trovarsi in alcuna condizione di incompatibilità di cui all’art. 4 della Legge 11/01/79, n. 12 e di restituire immediatamente il sigillo nei casi previsti all‘art. 12 del REGOLAMENTO.

Allega ricevuta di versamento di € 43,90 (IVA inclusa).[[1]](#footnote-1)

Luogo, data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma leggibile e per esteso)

1. **Modalità di pagamento:**

   Bonifico bancario IBAN: **IT 36 Y 0538715209 00000000 6254;** causale “Rilascio sigillo professionale”

   C.c.p. **n.13546841** causale “Rilascio sigillo professionale”; *(bollettino compilabile a video disponibile nel menù* [*Modulistica*](http://www.ordineconsulentilavorosalerno.it/modulistica/) *del portale dell’Ordine)*

   Carta di credito/Bancomat **POS presso la Sede**; [↑](#footnote-ref-1)