

RICHIESTA RILASCIO TESSERINO PROFESSIONALE

Iscritti all'Albo

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili
di Macerata e Camerino
Piazza della Libertà n.23
62100 MACERATA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Iscritto/a al n. _____/____ dell'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Macerata e Camerino,

CHIEDE

il rilascio del tesserino professionale ed a tal fine

SI IMPEGNA

sotto la propria responsabilità a restituire immediatamente il tesserino qualora insorgano condizioni di incompatibilità, sospensione, decadenza o cancellazione e, comunque, a semplice richiesta del Consiglio dell'Ordine nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali.

In fede

Consenso per l'utilizzo della fotografia personale finalizzato al rilascio del "Tesserino di riconoscimento"

Preso visione dell'informativa e acquisito il suo contenuto, consapevole che non è obbligatorio né vincolante, apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto espressamente il mio libero e pieno consenso all'utilizzo ed alla riproduzione in forma cartacea e-o elettronica, finalizzato al rilascio del "Tesserino di riconoscimento" dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Macerata e Camerino, della mia fotografia personale, nell'ambito delle finalità istituzionali e modalità di cui nell'informativa, nonché alla sua comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa stessa.

(firma per consenso)
