

Marca  
da bollo  
€ 16,00

RICHIESTA CERTIFICATO ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI  
ESPERTI CONTABILI DI FROSINONE

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....  
nato/a a ..... il ..... e residente  
in ..... Via .....  
Codice Fiscale .....  
iscritto/a a questo Ordine al n. matricola ..... dal .....

C H I E D E

Il rilascio di n. .... certificato/i di iscrizione all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti  
Contabili di Frosinone

Il rilascio di n. .... certificato/i di iscrizione all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti  
Contabili di Frosinone dello Studio Associato .....

Data .....

Firma

In allegato consegnare:

- EURO 10,00 in contanti per diritti per ogni certificato;
- n. 1 marca da bollo da EURO 16,00 da applicare su ogni certificato.

(In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 15 della L. 12 Novembre 2011 n. 183, il certificato conterrà la seguente dicitura: Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi )