**RICHIESTA SIGILLO PROFESSIONALE**

Il sottoscritto …………………………………………………… nato il …………………………….. a…………………………, residente in …………………………….., laureato in …………………………. presso l’Università di …………………….. in data………………. iscritto all’albo di questo Ordine con il numero…………

**chiede**

di poter usufruire del sigillo professionale impegnandosi ad accettare il relativo regolamento (vedi appendice II del codice deontologico) e allegando alla presente copia del versamento di **€ 80,00** effettuato secondo la seguente modalità :

1. con bonifico sul **c/c BNL n°200003 IBAN: IT68 X010 0504 8020 0000 0200 003** indicando nella causale : richiesta sigillo professionale del Dott.”Nome” “Cognome” “n. iscrizione”

Data

Firma