**ALL'ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI**

 **E DEGLI ESPERTI CONTABILI**

 **DI TERAMO**

**\*\*\*\*\*\*\***

Il sottoscritto Dott. Rag…………………………….………………….. iscritto

* all’Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Teramo Esercenti la Professione – Sezione A/B
* all’Elenco Speciale dei Dottori Commercialisti/Esperti Contabili non esercenti la professione

tenuto da codesto Spett.le Ordine, dichiara sotto la propria responsabilità e ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000:

- di essere residente in …………………………… (Pr) …… alla Via ………………………………….. n. tel……………..……….

- di avere domicilio professionale in………………………………..(Pr)…………...

alla Via………………………………..n………. tel. studio …………………… cellulare …………………………………e-mail …………………………….……..

Luogo e data …………………………

 Dott…………………..……

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali autorizzo codesto Spett.le Ordine al trattamento dei miei dati personali

 Dott. ………………….…..