

MARCA DA BOLLO

€ 16,00

Spett.le
Ordine dei Consulenti del Lavoro
di Ascoli Piceno
Corso Mazzini n. 151
63100 Ascoli Piceno (AP)

Il/La sottoscritto/a _____

(C.F.: _____)

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____)

in via/piazza _____ n° _____

domicilio professionale a _____ (____)

in via/piazza _____ n° _____

CHIEDE

il rilascio di un certificato di iscrizione all'Albo professionale, per gli usi consentiti dalla legge.

Allegati:

- Ricevuta versamento dei diritti di Segreteria ammontanti ad € 5.60 € da effettuare in segreteria oppure su conto corrente bancario presso conto corrente bancario IBAN: IT 57G 08474 13502 000000 113274 intestato a CONSIGLIO PROVINCIALE ORDINE CONSULENTI DEL LAVORO Corso Mazzini n 151 – 63100 ASCOLI PICENO indicando la causale **Certificato di iscrizione Albo Professionisti;**
- **Fotocopia o scansione** effettuata direttamente dall'**originale del documento di identità in corso di validità;**
- Marca da bollo da € **16,00**

Luogo e data

Firma
