SPETT.LE

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI**

**DELLA PROVINCIA DI AVELLINO**

*Corso Vittorio Emanuele, 187 – 83100 Avellino (AV)*

**COMUNICAZIONE DI VARIAZIONI DEI DATI PERSONALI**

**SI PREGA INSERIRE SOLAMENTE I DATI VARIATI**

Il/La sottoscritto/a Cognome………………………………………..Nome........................................................….

nato a……………………………..il……………………….C.F. …………………………….………..................

Iscritto/a all’**ALBO** in data…………………………………n. iscrizione…….......................................................

comunica le seguenti variazioni e/o integrazioni da apportare ai dati figuranti nell’ALBO:

RESIDENZA:

Indirizzo……………………………………………………Comune…………………………………………... Provincia………..Cap…………...Tel……………………Fax.……………...……..…Cell……………………

DOMICILIO PROFESSIONALE:

Indirizzo……………………………………………………Comune…………………………………………...

Provincia…………...Cap………….....Tel………………………………Fax……..…………………………… E-mail……………………………………………………………....P.IVA……………………………………..

Pec………………………………………………………….................................................................................

SPECIFICARE SE IL DOMICILIO PROFESSIONALE E’ IN AGGIUNTA A QUELLO DICHIARATO O SOSTITUISCE QUELLO IN PRECEDENZA COMUNICATO:

Unico Domicilio Professionale Ulteriore Domicilio Professionale

Registro Revisori Contabili: si no G.U. n…………………del………..../……… ./…............................

CIRCONDARIO DI COMPETENZA: A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**sulla base del requisito**  della Residenza di un Domicilio Professionale

DOMICILIO PER CORRISPONDENZA:

 RESIDENZA DOMICILIO PROFESSIONALE oppure:

Indirizzo……………………………………………………Comune…………………………………………..

Provincia………… Cap………….......e-mail…………………………………………………………………..

STUDIO ASSOCIATO:

DENOMINAZIONE……………………………………………………………………………………………

Data costituzione studio associato…………………………………….………………………………………...

Indirizzo……………………………………………………Comune…………………………………………..

Provincia……………. Cap………….................P.IVA ………………………………………………………...

RECAPITI

Tel……………………………Fax…………………………..e-mail…………………………………………...

Professionisti associati iscritti all’Ordine di Avellino (nome, cognome e n. iscrizione)

…………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………

STP:

DENOMINAZIONE……………………………………………………………………………………………

Data costituzione studio associato…………………………………….………………………………………...

Indirizzo……………………………………………………Comune…………………………………………..

Provincia……………. Cap………….................P.IVA ………………………………………………………...

RECAPITI

Tel……………………………Fax…………………………..e-mail…………………………………………...

Professionisti associati iscritti all’Ordine di Avellino (nome, cognome e n. iscrizione)

…………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………

firma

Data………………………………

…………………………………………………