

RICONSEGNA SIGILLO PROFESSIONALE

**Al Presidente del Collegio
Provinciale dei Geometri e
Geometri Laureati di Roma
Piazzale di Val Fiorita, 4/F
00144 ROMA (RM)**

Il sottoscritto Geom. _____ n.° Iscrizione Albo _____

nato a _____ Pr. (_____) il _____ / _____ / _____

C.F.: _____ residente in _____

Pr. (_____) Via _____ n.° _____ cap _____

P.E.C.: _____ E-mail: _____

Tel.: _____

DICHIARA

di aver consegnato in data odierna il sigillo professionale decaduto

Allega alla presente:

- copia del certificato di chiusura della Partita I.V.A.
- modello 3/03 Cassa Geometri – Cancellazione Cassa – Autocertificazione di cessazione dell'attività autonoma di libera professione di Geometra
 - dichiarazione datore di lavoro prevista dal modello 3/03 Cassa Geometri per i dipendenti di aziende, enti o società

Dichiara di aver preso visione [dell'informativa sul trattamento dei dati personali](#) ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Data, _____ / _____ / _____

(firma)

Si comunicano gli estremi del Responsabile del procedimento: Sig.ra D'Andrea Stefania, Tel.: 0654225490
e-mail: segreteria@georoma.it