

Consulenti del Lavoro  
**Consiglio Provinciale dell'Ordine di**

\_\_\_\_\_

Via

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Prot. n.  
del

Allegati n.

Oggetto: notifica di iscrizione

Consulenti del Lavoro  
**Consiglio Nazionale dell'Ordine**  
Roma

**All'Ispettorato Provinciale del Lavoro**

di \_\_\_\_\_

**Al Ministero del Lavoro e della Previdenza  
Sociale - Roma**

Consulenti del Lavoro  
**Ente Nazionale Previdenza**  
Roma

RACCOMANDATA

Ai sensi degli artt. 9, 13 e 14 della legge 11/01/1979 n. 12, si comunica che questo Consiglio Provinciale/il Presidente del Consiglio Provinciale, \* a seguito di domanda presentata il \_\_\_\_\_, nella riunione del/con delibera urgente del\* \_\_\_\_\_ ha deliberato l'iscrizione all'Ordine del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

in possesso di abilitazione rilasciata dall'Ispettorato Regionale del Lavoro di \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ del titolo di studio \_\_\_\_\_

e del codice fiscale \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_

Lo/a stesso/a ha sottoscritto dichiarazione di responsabilità attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità ex art. 4 legge 12/1979.

Conseguentemente il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ è stato/a iscritto/a al n. \_\_\_\_\_ d'ordine nell'apposito registro con decorrenza dal \_\_\_\_\_.

Distinti saluti.

**Il Presidente**

\*Cancellare l'ipotesi che non ricorre.