

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI
DELLA PROVINCIA DI SIENA

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PER DECESSO

La/Il sottoscritto/a.....
Nata/o aProv..... il.....
Residente a.....Cap.....Prov.....
in Via/Piazza.....Tel.....
In qualità di (indicare il grado di parentela).....

CHIEDE

Che il/la Dott/Dott.ssa.....
Iscritto/a all'Albo dei Medici Veterinari della Provincia di Siena al n.....
Sia cancellato/a per decesso avvenuto in data.....

Si allega:

- Certificato di morte
- Tesserino di riconoscimento
- Fotocopia documento di identità del richiedente

.....
(luogo e data)

.....
(firma)