

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa.....
codice fiscale

nata/o a.....Provincia.....il.....

residente aVia..... Prov.....

C.a.p..... telefono.....

indirizzo mail.....

.Medico Veterinario iscritto a codesto Ordine al numero dal.....

CHIEDE

DI ESSERE CANCELLATA/O per

dall'Albo dei Medici Veterinari di codesta provincia a far data dalla prossima riunione del Consiglio Direttivo.

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

<p><i>Riservato alla segreteria</i></p> <p>Data delibera di cancellazione.....</p>
--

Firma
Il Presidente