

Luogo e data

Spett.le
**Ordine dei Medici Veterinari della
Provincia di Arezzo**

Richiesta di cancellazione dall'Albo Professionale

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa:
nato/a a: prov./stato: il:
codice fiscale: iscrizione all'Albo n.ro:

CHIEDE

DI ESSERE CANCELLATO/A dall'Albo dei Medici Veterinari di questa provincia a far data dalla prima riunione del Consiglio Direttivo, per il seguente motivo:

- rinuncia iscrizione Albo
- cessato esercizio dell'attività professionale
- trasferimento ad altro Ordine Professionale (specificare) :
- altro (specificare):

Si allega la tessera professionale di riconoscimento ed il timbro*.

firma

.....

* se ritirato all'atto di prima iscrizione