DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

La/Il sottoscritta/o _____
Codice Fiscale /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
Nata/o a _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ Cap _____ Prov. _____
in Via/Piazza _____Tel. _____ Cittadinanza _____
Laureato in Medicina Veterinaria presso l'Università di _____ in data_____
Abilitato all'esercizio della professione presso l'Università di _____ nella sessione ___
dell'anno accademico _____Iscritto all'Albo dei Medici Veterinari della Provincia di Reggio Emilia
al n. _____dal_____

CHIEDE

di essere **cancellata/o** dall'Albo dei Medici Veterinari della Provincia di Reggio Emilia per:

- ☐ Rinuncia all'iscrizione
- ☐ Cessato esercizio dell'attività professionale
- ☐ Pensionamento
- ☐ Trasferimento all'estero della residenza
- ☐ Altro motivo (specificare) _____

Allega alla presente:

- n. 1 marca da bollo da € 16
- Fotocopia del codice fiscale
- Fotocopia della carta di identità
- Tesserino di riconoscimento
- la quota di iscrizione di Euro 50 (per domanda presentata entro il 28 febbraio)

Reggio Emilia _____

Firma

_____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Ricevuto in data in data_____ dall'Incaricato _____

Firma dell'Incaricato

_____