

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PER DECESSO**

**ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA**

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ 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 Reggio Emilia al

n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Sia cancellato/a per decesso avvenuto in data \_\_\_\_\_

Si allega:

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

Reggio Emilia \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_