

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PER DECESSO

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

La/Il sottoscritta/o _____

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:

- ▶ n. 1 marca da bollo da € 16
- ▶ Tesserino di riconoscimento del Veterinario deceduto
- ▶ Certificato di morte
- ▶ Fotocopia documento di identità del richiedente

Reggio Emilia _____

Firma

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Ricevuto in data _____ dall'Incaricato _____

Firma dell'Incaricato
