

Mitt. _____

Luogo e data _____

**in bollo da
€14,62**

Ordine dei Dottori Agronomi e dei Dottori
Forestali della Provincia di Salerno
Via Ligea, 112
84100 Salerno (Sa)

Oggetto: Richiesta di cancellazione dall'Albo dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della
Provincia di Salerno (Legge 10 febbraio 1992 n. 152)

Il/La sottoscritt _____ nat _____ il _____

Codice fiscale _____ residente in _____

In via _____

Iscritt__ al numero _____ dell'Albo dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia
di Salerno,

Chiede

Di essere cancellat__ dall'Albo Professionale.

Firma.

Allega:

- 1) Fotocopia fronte/retro di un documento di identità valido;
- 2) Ricevuta relativa al pagamento della quota annuale dovuta all'Ordine Provinciale.
- 3) Timbro e tessera dell'Ordine Provinciale in restituzione.