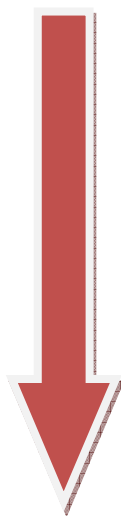


N.B. Per non incorrere nel pagamento della quota di iscrizione dovuta per l'anno successivo, le istanze di cancellazione dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ciascun anno e dovranno essere, al momento della consegna, in regola con le modalità amministrativo-contabili previste.



VEDI ALLEGATO

Marca da
Bollo
€16,00

*Al Consiglio Direttivo dell'Ordine
dei Dottori Agronomi e Forestali
della Provincia di Potenza
Via Torraca, 74
85100 POTENZA*

Oggetto: Richiesta di cancellazione

L sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____ e residente in _____ alla Via _____, n°
_____, iscritt_ allo scrivente Ordine professionale al n° _____, con la presente

CHIEDE

la cancellazione da codesto ordine professionale.

L sottoscritt_ inoltre

DICHIARA

- di essere in possesso del timbro professionale (*lo consegno contestualmente alla presente*)
- di non essere in possesso del timbro professionale
- di aver smarrito il timbro professionale (*allego alla presente denuncia di smarrimento*)

- di essere in possesso del tesserino professionale (*lo consegno contestualmente alla presente*)
- di non essere in possesso del tesserino professionale
- di aver smarrito il tesserino professionale (*allego alla presente denuncia di smarrimento*)

_____, li

Firma
