*Marca da bollo*

 *Euro 16,00*

Spett.le

CONSIGLIO dell’Ordine

dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali

della Provincia di ROVIGO

Il /La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale n°\_\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_ ,

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a alla Sez. A – B, con il n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere cancellato dall'Albo dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di

Rovigo con decorrenza giuridica dalla data di delibera del Consiglio dell’Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

dichiara di:

 non esercitare la professione di Dottore Agronomo e Dottore Forestale

 essere in regola con i versamenti della quota annuale fino all’anno \_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega:

1. Fotocopia di un documento di riconoscimento valido

2. Fotocopia del Codice Fiscale

3. Tessera di riconoscimento e timbro professionale

 4. Modulo richiesta cancellazione casella PEC

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_