

Luogo e data

Spett.le

Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di

Lodi

Richiesta di cancellazione dall'Albo Professionale

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa:

nato/a a: prov./stato: il:

codice fiscale: iscrizione all'Albo n.ro:

CHIEDE

DI ESSERE CANCELLATA/O dall'Albo dei Medici Veterinari di questa provincia a far data dalla prima riunione del Consiglio Direttivo, per il seguente motivo:

- rinuncia iscrizione Albo
- cessato esercizio dell'attività professionale
- trasferimento ad altro Ordine Professionale (specificare) :
- altro (specificare):

Si allega la tessera professionale di riconoscimento.

firma

.....