

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI LATINA

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

La/Il sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
codice fiscale _____
iscritto a questo Ordine con il numero di posizione ____ dal ____ / ____ / ____

CHIEDE

di essere **cancellato/a** dall'Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia per:

- Rinuncia all'iscrizione;
- Cessato esercizio dell'attività professionale;
- Trasferimento all'estero della residenza;
- Altro motivo (specificare)

.....

Si consegna la tessera di riconoscimento dell'Ordine dei Medici Veterinari della provincia di Latina.

Firma

....., ____ / ____ / ____

.....