**Richiesta di cancellazione dall’Albo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Applicare marca da bollo di euro 16,00 |  | Spett.le  CONSIGLIO dell’Ordine  Dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di Venezia  Viale Garibaldi 44/a  30173 Mestre (VE) |

Addì, ……

Il /La sottoscritto/a dr.

…………………………………………………………………………………………………

Nato a ………………………………………………….., il ………………………

residente in ……………………….…………………, Via ……………………………………………

Tel./cell. ………………………………………………

iscritto a codesto Ordine con il n° timbro ……………………….. dal ………………………..,

richiede la cancellazione dallo stesso.

Dichiara, a tal fine, di essere in regola con il pagamento della quota d’iscrizione sia per l’anno in

corso (allegando ricevuta del versamento della quota) sia per gli anni antecedenti.

Con i migliori saluti.

Firma

…………………………………………