

Il/La sottoscritt Dott.

Nato a **Il**

Residente in

Con recapito postale in

Iscritto a Codesto Albo Professionale dal **Al n°**

CHIEDE

la cancellazione della propria iscrizione dall'Albo professionale di codesto Ordine

per

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

.....

(Luogo e data)

.....

(Firma)