

Spett.le Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali
della Provincia di.....

Oggetto: richiesta di cancellazione dall'Albo

Il/La sottoscritto/a Dottore _____ nato/a _____ il
_____ e residente nel Comune di _____ in via
_____ n. _____ iscritto/a all'Albo dei Dottori
Agronomi e Dottori Forestali della Provincia di con il numero _____
chiede di essere cancellato dall'Albo.

A tale scopo il/la sottoscritto/a, consapevole che "Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla presente legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ..." (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere in regola con i pagamenti delle quote annuali
- di riconsegnare il timbro professionale;
- di non possedere il timbro professionale in quanto già depositato presso la sede dell'Ordine oppure mai ritirato;
- di avere smarrito il timbro professionale (allegare la denuncia di smarrimento effettuata presso Polizia o Carabinieri);
- di riconsegnare il tesserino di riconoscimento;
- di non possedere in tesserino di riconoscimento e che lo stesso è depositato presso la sede dell'Ordine;
- di avere smarrito il tesserino di riconoscimento (allegare la denuncia di smarrimento effettuata presso il Comando di Polizia o dei Carabinieri);

Data _____

Firma

**(Barrare con una X solo la dichiarazione che interessa il caso del dichiarante)
Allegare documento di riconoscimento in corso di validità**