Marca da bollo
Euro 16,00

Spett.le
CONSIGLIO dell'Ordine
dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali
della Provincia di Firenze

Il /La sottoscritto/a

_____

nato/a _____ (prov. ____), il _____

residente in Via_____ Comune_____

Codice fiscale n°___/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/___ ,

tel. _____ e-mail _____

iscritto/a alla Sez. A – B, con il n._____

CHIEDE

di essere cancellato dall'Albo dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di Firenze con decorrenza giuridica dalla data di delibera del Consiglio dell'Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 dichiara di:

- non esercitare la professione di Dottore Agronomo e Dottore Forestale
- essere in regola con i versamenti della quota annuale fino all'anno _____
- _____
  _____

Allega:

1. Fotocopia di un documento di riconoscimento valido
2. Fotocopia del Codice Fiscale
3. Tessera di riconoscimento e timbro professionale

Data _____ Firma _____

ORDINE DEI DOTTORI AGRONOMI E DOTTORI FORESTALI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE
Via Fossombroni, 11 – 50136 FIRENZE Tel. 055 244820 - Fax 055 243564
www.agronomiforestalifi.it – odaf@agronomiforestalifi.it
PEC: protocollo.odaf.firenze@conafpec.it