

All'Ordine dei Medici Veterinari
della Provincia di PESCARA
Via Chieti, 5
65121 Pescara

Il/La sottoscritto/a Dr. Dr.ssa _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ Via _____
Codice Fiscale _____
iscritto/a a codesto Ordine Provinciale al n. _____ dal _____

CHIEDE

di essere cancellato dall'Albo Professionale dei Medici Veterinari della Provincia di Pescara per :

- rinuncia all'iscrizione
- cessato esercizio dell'attività professionale
- trasferimento della residenza all'estero
- altro (specificare) _____

Allega alla presente fotocopia documento di identità e del codice fiscale.

(luogo e data)

(FIRMA)