

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)