

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ Via _____

in qualità di (indicare il grado di parentela) _____

CHIEDE

che il Dr./Dr.ssa _____

iscritto/a a codesto Ordine Provinciale al n. _____ dal _____

sia cancellato dall'Albo Professionale dei Medici Veterinari della Provincia di Pescara per decesso
avvenuto in data _____.

Si allegano alla presente:

- fotocopia documento di identità e del codice fiscale del richiedente
- certificato di morte del medico veterinario

(luogo e data)

(FIRMA)