

bollo
€ 16,00

Al Consiglio dell'

**ORDINE DEI DOTTORI AGRONOMI
E DEI DOTTORI FORESTALI
della Provincia di BARI**

Viale J. F. Kennedy, 86

70124 B A R I

Oggetto: richiesta di cancellazione dall'Albo tenuto presso l'ODAF Bari.

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a _____ il _____

e residente in _____

alla _____

iscritto/a a codesto Ordine dal ____/____/_____, con numero di timbro _____,

sez. _____, fa richiesta di cancellazione dall'Albo tenuto presso Codesto rispettabile Ordine

con decorrenza immediata/ a far data dal ____/____/_____.

luogo e data

_____, _____

Firma

Si allega timbro professionale e documento d'identità in corso di validità.