

Al Presidente  
ORDINE DEI DOTTORI AGRONOMI E  
DEI DOTTORI FORESTALI  
DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA  
C.so IV Novembre 44  
15121 ALESSANDRIA

Oggetto: richiesta di cancellazione dall'Albo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
iscritto/a all'Albo dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali Della Provincia di Alessandria  
con il numero \_\_\_\_\_ chiede di essere cancellato/a a far data dal \_\_\_\_\_

**A tale scopo il sottoscritto:**

- dichiara di essere in regola con i pagamenti delle quote annuali (nel caso in cui il richiedente si sia messo in regola con i pagamenti delle quote dell'Ordine solo di recente deve allegare copia delle ricevute dei medesimi);
- riconsegna il timbro professionale;
- dichiara di non possedere il timbro professionale in quanto già depositato presso la sede dell'Ordine oppure mai ritirato;
- dichiara di avere smarrito il timbro professionale (allegare la denuncia di smarrimento effettuata presso Polizia o Carabinieri);
- riconsegna il tesserino di riconoscimento;
- dichiara di non possedere un tesserino di riconoscimento;
- dichiara di avere smarrito il tesserino di riconoscimento (allegare la denuncia di smarrimento effettuata presso il Comando di Polizia o Carabinieri);

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_