

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

**ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI
DELLA PROV. DI PALERMO**

Il sottoscritto Dr. _____

nato a _____ il _____

residente a _____

via _____ N. _____ CAP _____

iscritto all'Albo al n. _____ dal _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo _____

per **(indicare il motivo)**:

- Cessata attività
- Trasferimento all'estero
- Rinuncia volontaria iscrizione

Data

FIRMA

.....