

**richiesta cancellazione**

**Albo Professionale da presentare entro il 30 novembre dell'anno in corso**

**In bollo da € 16,00**

All'Ordine Medici Veterinari  
della Provincia di Varese  
Via dei Campigli 5  
21100 Varese

Il/La sottoscritto/a Dr \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo Professionale

al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di essere cancellato/a dall'Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia.

Per: \_\_\_\_\_

**(trascrivere la voce che interessa)**

- Dimissioni (Cessata attività professionale – Pensionamento)
- Trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto
- Altro motivo (specificare)

*Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della Legge 4 gennaio 1968 n.15, e successive modifiche e integrazioni, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di dichiarazione mendace*

### **DICHIARA**

di non avere procedimenti penali o disciplinari pendenti.

Si allega fotocopia del documento di identità.

Si restituisce il tesserino ed il timbro professionale (se in possesso)

In fede.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_