

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

(DA FAR PERVENIRE ENTRO IL 1 OTTOBRE DI OGNI ANNO)

Al Presidente del Collegio Provinciale
degli Agrotecnici e degli Agrotecnici
Laureati di Savona

Il/La sottoscritto/a Agrotecnico / Agrotecnico Laureato

nato il _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ Via _____ n° _____

iscritto all'Albo del Collegio provinciale degli Agrotecnici e Agrotecnici laureati di Savona al n° _____

C H I E D E

di essere cancellato dall'Albo degli Agrotecnici e degli Agrotecnici Laureati di Savona

_____, li _____

In Fede

Firma autenticata in uno dei modi di legge / Fotocopia della carta d'identità

Applicare sulla presente domanda una marca da bollo da €. 16,00

Allegare copia dell'avvenuto pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso e dell'anno precedente

Restituire tessera professionale e timbro se posseduti