

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PER DECESSO

Marca da
Bollo da
€ 14.62

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

La/Il sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Cap _____ Prov. _____

in Via _____ Tel. _____

In qualità di (indicare il grado di parentela) _____

CHIEDE

Che il/la Dott/Dott.ssa _____

Iscritto/a a questo Ordine al numero _____ dal _____

Sia cancellato/a per decesso avvenuto in data _____

Si allega:

- Certificato di morte
- Tesserino di riconoscimento
- Fotocopia documento di identità del richiedente

Reggio Emilia _____

Firma
