DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

(DA STAMPARE SU CARTA BIANCA - NON INTESTATA)

Spettabile
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Milano
Corso Europa, 11
20122 Milano

Il/La sottoscritto/a (Cognome)_____

(Nome)_____

Nato/a a:

(Comune)_____(Prov.)_____

il (gg/mm/aaaa)_____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | M ◉ F ○

Residente a:

(Comune)_____(Prov.)_____

in (Indirizzo)_____(n)._____

C.A.P._____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Milano.

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- tesserino di iscrizione;

- eventuale sigillo professionale;

- fotocopia carta d'identità del richiedente.

Nota bene:

La cancellazione dall'Albo è subordinata al pagamento delle Quote annuali.

Luogo e data, _____

Firma

_____