

# ALLEGATO IV

## DOMANDA CANCELLAZIONE

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

Iscritto a questo Ordine al numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

CHIEDE

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

per \_\_\_\_\_

(trascrivere la voce che interessa)

- Rinuncia all'iscrizione
- Cessato esercizio dell'attività professionale
- Trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto
- Altro motivo (specificare)

Si allega la tessera professionale di riconoscimento.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_