

ALLEGATO V

DOMANDA CANCELLAZIONE PER DECESSO

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____

In qualità di (indicare il grado di parentela) _____

CHIEDE

Che il dott/dott,ssa _____

Iscritto/a a questo Ordine al numero _____ dal _____

Sia cancellato/a per decesso avvenuto in data _____

Si allega:

- ~~Certificato di morte~~
- Tessera riconoscimento professionale
- Fotocopia documento di identità del richiedente

Data _____ Firma _____