Bollo €. 16,00

 *SPETT.LE*

*CONSIGLIO DELL’ORDINE DEI*

*DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI*

*SALERNO*

Ogg.: cancellazione Sezione A Albo esercenti.

### Il/La sottoscritto/a …………………………………………………nato/a a………………… …………………………………………………il…………………….……………………………....

### residente in ……………………………… Via ………………………………………………………

### C.F.: ……………………………………………….. iscritto al n° ……… della Sezione A dell’Albo di codesto Ordine

## C H I E D E

la cancellazione dallo stesso, prendendo atto che la medesima è subordinata alla regolarità dei pagamenti delle quote annuali di iscrizione e alla consegna\* del Tesserino e del Sigillo Professionale.

Con osservanza,

Salerno,

 Firma ………………………………………..

\**In caso di smarrimento del sigillo e/o del tesserino allegare copia denuncia di smarrimento - Nel caso non sia mai stato richiesto e/o ritirato il sigillo e/o il tesserino, fare dichiarazione in calce alla presente.*