

Al Presidente del

Collegio Geometri e Geometri

Laureati della Provincia di

Pordenone

CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Il sottoscritto _____
(Cognome e Nome)

Nato a * _____ Prov. _____ Il * ____ / ____ / ____

Codice Fiscale * _____

Telefono * _____ email _____

Residente in * _____ Prov. _____

Via * _____ n° _____

Iscritto all'Albo di questo Collegio dal * ____ / ____ / ____ Al numero* _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale

Ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimento penale.

A TAL FINE ALLEGA ALLA PRESENTE

- Fotocopia di un valido documento di identità
- Attestazione di versamento della quota di iscrizione annuale
- Timbro Professionale
- Tessera Professionale
- Mod. 3/03 – Cancellazione Cassa Geometri
- Copia certificato chiusura partita IVA (se posseduta)

DATA * ____ / ____ / ____

FIRMA * _____