



SPETTABILE CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI DOTTORI
COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
Circondario del Tribunale di Tivoli

Il sottoscritto _____

nato a _____ il / /

codice fiscale

residente a _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ fax _____

e-mail _____ cellulare _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo

Tivoli, _____

Firma

Si allegano:

- tesserino di iscrizione oppure autocertificazione di smarrimento/furto.
- badge elettronico per la formazione professionale continua oppure autocertificazione di smarrimento/furto.
- fotocopia di un documento di identità.
- modello per il trattamento dei dati personali.

N. B. La cancellazione dall'Albo decorre dalla data di protocollo dell'istanza comprensiva degli allegati richiesti.