

Marca da bollo € 16,00

Al Consiglio dell'Ordine dei

Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili

di CAGLIARI

Viale Trento 94 Cagliari

Il/La sottoscritto/a

nato/a a _____ il _____ residente in _____

Via _____ Cap _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari

Cagliari, _____

Firma

Si allegano:

- 1) tesserino di iscrizione oppure dichiarazione di smarrimento/furto/mancato ritiro.
- 2) badge elettronico per la formazione professionale oppure dichiarazione di smarrimento/furto/mancato ritiro.
- 3) sigillo professionale oppure dichiarazione di smarrimento/furto/mancato ritiro.
- 6) autorizzazione al trattamento dei dati personali.
- 7) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.