

## DOMANDA CANCELLAZIONE PER DECESSO ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI ASTI

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

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

\*\* La richiesta di cancellazione dovrà pervenire PRIMA dell'ultimo consiglio dell'anno in corso, di modo che i consiglieri e la segreteria possano deliberare la cancellazione entro il 31/12. In caso contrario la cancellazione verrà effettuata nell'anno solare successivo solo in seguito al pagamento della quota\*\*