

**Ordine dei Medici Veterinari**

**della Provincia di Messina**

Via Nino Bixio ,89 isol 114 - CAP 98123 Messina

*E-mail:* *info@ordinemediciveterinarimessina.it*

*PEC:* *ordinevet.me@pec.fnovi.it*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**DOMANDA CANCELLAZIONE**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**All’Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Messina**

**Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Iscritto/a a questo Ordine al numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **CHIEDE**

**di essere cancellato dall’Albo dei Medici Veterinari di questa Provincia**

**per\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(trascrivere la voce che interessa)**

* **Rinuncia all’iscrizione**
* **Cessato servizio dell’attività professionale**
* **Trasferimento all’estero della residenza dell’iscritto**
* **Altro motivo (specificare)**

**Si allega la tessera professionale di riconoscimento**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**