

## 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 \* \_\_\_\_\_