

All'Ordine dei Medici Veterinari

della Provincia di Milano

Marca da bollo

€ 16.00

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa

codice fiscale

nata/o a.....Provincia.....il.....

residente aVia.....Prov.....C.a.p.....

recapiti telefonici.....

indirizzo mail.....

Medico Veterinario iscritto a codesto Ordine al numerodal

CHIEDE

DI ESSERE CANCELLATA/O per

dall'Albo dei Medici Veterinari di questa provincia a far data dalla prima riunione del Consiglio Direttivo.

Allegare: Tessera di iscrizione – marca da Bollo da € 16.00

Milano, _____

FIRMA _____

Firma

Il Presidente

Riservato alla segreteria

Data delibera di cancellazione: _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA (NON COMPILARE)

INVII EFFETTUATI DA SEGRETERIA

COMUNICAZIONI	DATA SPEDIZIONE	PROT. N.	MODO INVIO
FNOVI			On line
MINISTERO SALUTE			PEC

PEC	
SEND mail e pec	
CELLULARE	