

Marca da  
bollo da  
€ 16,00

Spett.le  
Consiglio Provinciale  
Ordine Consulenti del Lavoro  
Via S. Sonnino, 37  
09125 Cagliari

**Oggetto: Domanda di cancellazione dall'Albo.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_ ) \_\_\_\_\_  
Comune Indirizzo

Iscritto al N° \_\_\_\_\_ dell'Ordine dei Consulenti del Lavoro di Cagliari

**CHIEDE**

la CANCELLAZIONE dall'Albo di codesto Ordine, a far data dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_per:

(barrare l'opzione desiderata)

- motivi personali
- cessazione attività professionale dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- trasferimento domicilio professionale Provincia di .....

Inoltre ALLEGA:

(barrare l'opzione desiderata)

- il vecchio tesserino di riconoscimento (in caso di smarrimento o furto allegare copia della denuncia);
- il tesserino DUI.
- fotocopia cessazione partita IVA.

Cagliari, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede,

\_\_\_\_\_  
Firma