

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