



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 tesserino DUI.
- ☐ fotocopia cessazione partita IVA.

Cagliari, ____/____/____

In fede,

Firma