

FAC – SIMILE
Carta legale da € 16,00

Spettabile
CONSIGLIO PROVINCIALE DELL'ORDINE DEI CONSULENTI
DEL LAVORO DELLA PROVINCIA DI ASCOLI PICENO
Corso Mazzini n. 151
63100 Ascoli Piceno

Oggetto: domanda di cancellazione dall'Ordine

_ l _ sottoscritt_ _____ , numero di iscrizione all'Ordine: _____ nat_ a _____
_____ (Prov. _____) il _____ , residente a _____
_____ (Prov. _____), c.a.p. _____,
(Comune di Residenza)

Indirizzo: _____, n° _____, tel. _____
C.F. _____, P. IVA _____
Con studio in _____ c.a.p. _____
(Comune di Ufficio)

Indirizzo: _____
Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

Dominus del/dei Praticante/i _____

DICHIARA

sotto la Sua personale responsabilità civile e penale di non esercitare più la Professione di Consulente del Lavoro dal _____ per il seguente motivo:

CHIEDE

pertanto a Codesto Consiglio di provvedere alla Sua cancellazione dall'Albo con decorrenza dal _____.
Si impegna a non esercitare la professione se non previa reiscrizione.

Data _____

In fede

N.B. – La cancellazione dall'Albo avviene con delibera del Consiglio.

- Il contributo di iscrizione è annuo e va versato per intero anche se la cancellazione avviene nel corso dell'anno.
- Chi non avesse ancora versato la quota, prima di chiedere la cancellazione, deve dimostrare di averla versata intera.

ALLEGARE ALLA DOMANDA IL TESSERINO DUI