

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE/ELENCO SPECIALE**

**Spettabile  
Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Foggia  
Via della Repubblica, 25  
71121 FOGGIA**

**Il/La sottoscritto/a (Cognome)** \_\_\_\_\_

**(Nome)** \_\_\_\_\_

**Nato/a a:**

**(Comune)** \_\_\_\_\_ **(Prov)** \_\_\_\_\_

**Il (gg/mm/aaaa)** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Residente a:**

**(Comune)** \_\_\_\_\_ **(Prov)** \_\_\_\_\_

**In (indirizzo)** \_\_\_\_\_ **(n.)** \_\_\_\_\_

**C.A.P.** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**La cancellazione dall'Albo Professionale / Elenco Speciale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Foggia.**

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

- **eventuale tesserino di iscrizione;**
- **eventuale sigillo professionale;**
- **fotocopia carta d'identità del richiedente.**

Nota bene:

La cancellazione dall'Albo e/o Elenco Speciale è subordinata al pagamento della quota annuale.

**Luogo e data,** \_\_\_\_\_

**Firma**