

Marca da bollo € 16,00

Spett.le  
Ordine dei Farmacisti  
della Provincia di Ragusa  
Via Archimede n. 183  
97100 Ragusa

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

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF.:

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

iscritto/a dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ del Registro di Anzianità.

Chiede

di essere cancellato/a dall'Albo di codesto Ordine.

Dichiara

di essere in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Albo sino alla data odierna;

di non essere in regola con il pagamento delle quote annuali di iscrizione all'Albo;

di aver consegnato il tesserino professionale;

di non essere in possesso del tesserino professionale.

Ragusa,

In Fede