

Marca da bollo € 16,00

Spett.le
Ordine dei Farmacisti
della Provincia di Ragusa
Via Grazia Deledda n. 76
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;

di essere consapevole che se la mia casella pec è stata fornita gratuitamente dall'Ordine (con estensione @pec.fofi.it) verrà disdetta immediatamente non appena verrà deliberata la mia cancellazione dall'albo

Ragusa,

In Fede