

**ALL'ORDINE DEI MEDICI  
VETERINARI DI CAMPOBASSO**

OGGETTO: Domanda di cancellazione per decesso.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

che il dr./la dr.ssa \_\_\_\_\_ iscritto/a a questo Ordine al n° \_\_\_\_\_

sia cancellato/a per decesso avvenuto in data \_\_\_\_\_

Si allega:

- certificato di morte
- tesserino di riconoscimento professionale fotocopia
- documento di identità del richiedente

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_