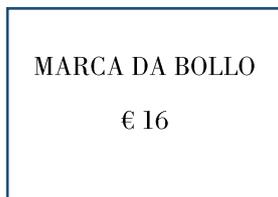


Ministero della Giustizia



**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI
DOTTORI AGRONOMI E DOTTORI FORESTALI
DI CREMONA**

CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE A SEGUITO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT.AGR/DOTT.FOR. _____

Iscritto/a all'albo professionale di questo Collegio, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge n. 15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e dell'art. 2 del DPR n. 403/1998,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, DICHIARA

- che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive della cancellazione ed in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o disciplinare di cui all'art. 11 del DPR n. 221/1950
- di non esercitare la libera professione dal. _____,
- di essere in regola con il versamento delle quote, compresa quella dell'anno in corso;

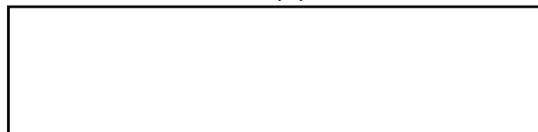
E, AL FINE DI ESSERE CANCELLATO/A DALL'ALBO PROFESSIONALE DI CODESTO ORDINE,

RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

CON DECORRENZA DAL (a) _____

Luogo e data: _____

Firma (b):



- a) è in facoltà dell'interessato/a indicare che rinuncia all'iscrizione a decorrere da una determinata data, che dovrà comunque essere successiva all'atto di rinuncia.
- b) POICHÉ L'ATTO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE CONTIENE UNA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATO PER POSTA O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.
- c) Se in possesso del tesserino di riconoscimento (e/o del sigillo professionale) lo stesso dovrà essere restituito entro il termine indicato al punto (a).