



**DICHIARA:**

▪ di avere il domicilio professionale:

presso l'Ente \_\_\_\_\_  
(specificare la denominazione dell'Ente)

via \_\_\_\_\_  
(indirizzo del domicilio professionale)

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

***Allega i seguenti documenti:***

1. copia di un documento di identità personale in corso di validità;
2. copia del codice fiscale;
3. attestato di servizio in originale (da allegare solo se si richiede la cancellazione per “domicilio professionale”).

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Ai sensi del D.lgs. 196/03 (privacy), autorizzo l'utilizzazione dei dati contenuti nella presente istanza per le finalità istituzionali demandate per legge all'Ordine professionale.**

FIRMA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_