

Marca da
bollo

DOMANDA DI CANCELLAZIONE ELENCO SPECIALE

**AL CONSIGLIO
DELL'ORDINE DEI
DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI GENOVA
VIALE IV NOVEMBRE 6/7
16121 GENOVA**

Il/La sottoscritto/a _____ **nato/a**
a _____ **il** _____ **residente in** _____
Via _____ **n.** _____ **cap** _____

CHIEDE

la cancellazione dall' Elenco Speciale

Genova _____

Firma

Si allegano:

- 1) tesserino di iscrizione oppure autocertificato di smarrimento/furto
- 2) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità
- 3) autorizzazione al trattamento dei dati personali