



**Spett.le
CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
DI AVEZZANO E DELLA MARSICA**

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ (c.a.p. _____) (prov. _____) il _____
residente in _____ (c.a.p. _____) (prov. _____)
via _____ n. _____ tel. n. _____ fax n. _____
C.F. _____

iscritto al n. _____ dell' Elenco Speciale tenuto dall'Ordine dei Dottori commercialisti di Avezzano e
della Marsica con la presente

CHIEDE

- la cancellazione dall' Elenco Speciale dei non esercenti e il passaggio all'Albo sez. _____ per cessazione della causa di incompatibilità con l'esercizio della professione.

Allega:

- ricevuta di pagamento tassa di concessione governativa

Con i migliori saluti.

.....
(Luogo e data)

In fede

.....