



**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'Albo tenuto dall'Ordine dei dottori commercialisti di Avezzano e della Marsica
con la presente

CHIEDE

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

Allega:

- √ documentazione attestante la sopravvenuta situazione di incompatibilità con l'esercizio della professione

Con i migliori saluti.

.....
(Luogo e data)

In fede

.....