

## CARTA INTESTATA

*Marca da Bollo da  
€ 16,00*

Spett.le  
**Ordine dei Dottori Commercialisti  
degli Esperti Contabili di Trani**  
116^ strada a denominarsi 4  
76125 TRANI (BT)

Trani, \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

P-Iva \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P. R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

Di non essere sottoposto a procedimento disciplinare e di non essere sospeso dall'esercizio della professione.

In fede

\_\_\_\_\_  
(Firma e sigillo/timbro)