

Bollo
€ 16.00

**AL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI DOTTORI
COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
DI ASCOLI PICENO CORSO MAZZINI, 151**

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il ____/____/____

codice fiscale _____

residente a _____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ n° _____

Telefono _____ fax _____

e-mail _____@_____

pec _____@_____ cellulare _____

CHIEDE

di essere cancellato

dall'Albo/Elenco Speciale dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli

Esperti Contabili di Ascoli Piceno

Firma

Ascoli Piceno, lì

Allegati:

- Ricevuta pagamento quota iscrizione Albo dell'anno in corso

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art.13 e all'art.14 del GDPR 679/2016, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dalla legge dall'art.15 all'art.22 del GDPR 679/2016. Acconsente al trattamento dei dati personali e particolari, con le modalità e per le finalità indicate, e per l'esecuzione di quanto richiesto.

Luogo e Data _____ Firma _____