

**Spett.le  
Consiglio dell'Ordine dei  
Consulenti del Lavoro  
di Savona**

Marca da bollo  €16,00
---------------------------------

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ partita IVA: \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_ telefono cellulare: \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_  
iscritto/a nell'Albo al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la cancellazione dall'Albo

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 a conoscenza di essere sottoposto a procedimento penale<sup>1</sup>.

**Indirizzo per le comunicazioni relative alla procedura** (*da compilare solo se si tratta di indirizzo diverso da quelli di residenza/domicilio sopra indicati*)

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere ogni comunicazione/notifica relativa alla presente procedura al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ o al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_.

---

firma