

OGGETTO: Cancellazione dal Registro dei Praticanti.

_____ sottoscritt__ Geometra_____

nat__ a_____ il ____/____/____

residente in _____ (c.a.p._____) via _____

Tel./Cell./E-mail _____ ,

iscritto al Registro dei Praticanti di codesto Collegio dal ____/____/____

C H I E D E

la cancellazione, con decorrenza immediata, dal Registro dei Praticanti tenuto presso il Collegio Provinciale dei Geometri di Sassari.

_____ l u o g o e d a t a

_____ f i r m a d e l p r a t i c a n t e