

OGGETTO: Cessazione pratica professionale del Geom. _____

__l__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ il ____/____/____

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

Tel./Cell./E-mail _____

iscritt__ all'Albo Professionale _____ della Provincia di Sassari

dal ____/____/____ con timbro professionale N° _____.

D I C H I A R A

che il Geometra _____

nat__ a _____ il ____/____/____

ammesso allo svolgimento del tirocinio in data ____/____/____, ha **cessato** la pratica professionale

presso il proprio studio in data ____/____/____.

luogo e data

timbro e firma del professionista