

Il sottoscritto/a Geom. \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (c.a.p. \_\_\_\_\_),  
in via \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_,  
iscritto/a al Collegio dei Geometri dalla data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con il timbro  
professionale N° \_\_\_\_\_.

**chiede**

di essere cancellato/a dall'**Albo Professionale** del Collegio Provinciale dei Geometri di Sassari con  
decorrenza immediata.

Alla presente domanda di cancellazione allega il timbro professionale, avuto in consegna all'atto  
dell'iscrizione.

\_\_\_\_\_  
luogo e data

\_\_\_\_\_  
timbro e firma del richiedente

RESTITUITO TIMBRO IL \_\_\_\_\_