

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

**chiede**

il rilascio della propria tessera personale di riconoscimento.

Allega alla presente N° 2 fotografie formato tessera.

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

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