

**Fac-simile DOMANDA DI CANCELLAZIONE**

**Al Consiglio Provinciale Ordine Consulenti del Lavoro di Benevento  
Piazza Orsini n.14 – 82100 Benevento**

\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_) alla Via  
\_\_\_\_\_,n°\_\_\_\_\_,tel.\_\_\_\_\_,cell.\_\_\_\_\_, con  
domicilio professionale in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_) alla Via  
\_\_\_\_\_,n°\_\_\_\_\_, Tel.\_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

sotto la Sua personale responsabilità civile e penale di non esercitare più la Professione di Consulente del Lavoro dal \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

pertanto a Codesto Consiglio di provvedere alla Sua cancellazione dall'Albo dal \_\_\_\_\_.  
Si impegna a non esercitare la professione se non previa reinscrizione.

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

**ALLEGARE ALLA DOMANDA LA TESSERA DI RICONOSCIMENTO – DUI RILASCIATA DALL'ALBO.**