

## **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. —,

### **D I C H I A R A**

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

---

---

---

### **C H I E D E**

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

Data —

In fede

---

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