

DOMANDA DI RE-ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE  
( in bollo da € 16,00)

All' Ordine dei Dottori Agronomi e  
Dottori Forestali della provincia di Varese  
Via dei Campigli n 5  
21100 Varese

La/il sottoscritta/ Dr. \_\_\_\_\_  
Cod. fiscale \_\_\_\_\_ in possesso del titolo  
di \_\_\_\_\_  
Sezione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere riscritta/o all' Albo Professionale dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali della  
Provincia di Varese.

*Ai sensi e per gli effetti dell'art.2 della Legge 4 gennaio 1968, n.15 e succ.modifiche e  
integrazioni, consapevole delle responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di falsità  
in atti o dichiarazioni mendaci e delle sanzioni previste dall'art. della citata Legge n.15/68,  
dichiara:*

**DICHIARA**

- di essere nata/o a \_\_\_\_\_ prov.di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_
- di essere cittadina/o \_\_\_\_\_
- di aver conseguito la laurea presso l'Università di \_\_\_\_\_  
nell'anno \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali

DOMANDA DI RE-ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE  
( in bollo da € 16,00)

- *che la sua posizione lavorativa è la seguente:*

- **dipendente presso** (*inserire indirizzo e recapiti telefonici*)

---

---

---

- **libero professionista con studio in :** (*inserire indirizzo e recapiti telefonici*)

---

---

---

Allega i seguenti documenti:

- attestazione di versamento di € 168,00 su c/c postale n. 8003, intestato Ufficio Concessioni Governative Roma;
- nr.2 fotografie formato tessera retrofirmate,
- copia del documento di identità
- copia del codice fiscale.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_