

Spett.le  
Collegio Provinciale degli Agrotecnici  
e degli Agrotecnici Laureati di Latina  
Casella Postale 43  
04100 Latina

**Oggetto: richiesta timbro professionale.**

Il sottoscritto Agrotecnico \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
iscritto al Collegio in indirizzo residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**con la presente richiede**

il timbro professionale per l'esercizio della libera professione di Agrotecnico del costo di € 35.00 (trentacinque/00). La consegna del timbro avverrà direttamente presso la sede del Collegio.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

-----  
Spazio per il ritiro del timbro professionale

Il sottoscritto Agrotecnico \_\_\_\_\_ dichiara di  
ricevere il timbro professionale il \_\_\_\_\_



FIRMA \_\_\_\_\_