

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 _____