

Marca da bollo €16

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Questo modulo va compilato ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) e recapitato a mezzo di Posta Elettronica Certificata all'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio (lazio.ofi@pec.fnofi.it) entro e non oltre il 01/12 dell'anno di richiesta cancellazione.

Al Presidente dell' Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio

Ai sensi della normativa vigente, D.P.R. 445/2000 e successive modifiche apportate con Legge 183/2011

Il/La Sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Codice Fiscale _____ Nato/a a _____ Prov (____) il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. Civico _____

Cap. _____ Provincia (____) Tel. _____ Cellulare _____

Email _____ PEC _____

CHIEDE

- la cancellazione dall'Albo Professionale Fisioterapista presso l'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio , per il seguente motivo:
- la cancellazione dall'Elenco speciale a esaurimento Fisioterapista presso l'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio , per il seguente motivo:
- Cessazione dell'attività professionale per (riportare il caso specifico ad esempio di pensionamento, etc.)

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che non intende esercitare la professione in Italia.

Di essere a conoscenza che la regolarità dei pagamenti TIA è requisito indispensabile per l'accoglimento dell'istanza presentata.

Luogo e Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali con le modalità (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679.

Luogo e Data _____ Firma _____

Si richiede di allegare copia di un valido documento d'identità