

Marca
Da bollo
€16,00

Spett.le

ORDINE REGIONALE DELLA PROFESSIONE
SANITARIA DI FISIOTERPISTA DEL LAZIO

PEC lazio.ofi@pec.fnofi.it

Oggetto: Richiesta di certificato del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale

Con la presente

Il/la sottoscritto/a
nato/a Prov. (.....), il Cod.Fisc.....
residente in Cap Prov. (.....)
via n. ,
Recapito posta certificata (PEC).....

CHIEDE

Il rilascio di certificato del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale per il triennio/.....

L'Ordine si riserva di procedere al trattamento dei dati personali dichiarati, tanto in modalità manuale quanto informatizzata, nell'ambito del procedimento istituzionale per il quale la presente domanda è resa e in relazione agli obblighi di Legge a cui questo Ordine è chiamato ad adempiere. I dati personali dichiarati saranno trattati nei termini previsti dal Decreto Legislativo 30 GIUGNO 2003, N. 196 riportante il "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data

Il/La Sottoscritto/a

.....

.....