MARCA DA BOLLO

€ 16,00

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE

Questo modulo va compilato ai sensi degli artt. 46 e 47del D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà) e recapitata a mezzo PEC all'Ordine dei Fisioterapisti della regione Abruzzo

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELLA REGIONE ABRUZZO

abruzzo.ofi@pec.fnofi.it

Ai sensi della normativa vigente, D.P.R. 445/200 e successive modificazioni apportate con la legge 183/2011

.l.. sottoscritt.._____, nat... il___/___/_____

a_____ Prov._____,

e residente a_____Prov._____,

In Via/P.za_____n._____C.A.P._____,

iscritt… all'Albo Professionale dei Fisioterapisti al N°_____,

chiede

di essere cancellat ...da codesto Ordine, con decorrenza successiva all'anno di presentazione della richiesta, per la seguente motivazione:

□ **Non esercita o non eserciterà più a nessun titolo la professione di fisioterapista**;

□ **Non ha mai esercitato la professione di fisioterapista**;

□ **Altro motivo; (indicare quale)**_____ .

All'uopo allega la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici, ivi compreso l'utilizzo della PEC offerta dall'ordine, e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (Art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero.
Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'OFI Abruzzo.

_____lì_____

FIRMA

_____