



MARCA DA BOLLO DA

Euro 16,00

DPR 26/10/72 N° 642

DM 20/08/92

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

da inoltrare a
basilicata.ofi@pec.fnofi.it

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____ nato/a _____

Prov. di (____) il ____ / ____ / _____, residente a _____

Prov. di (____) in _____ n. _____ CAP _____
(Via/Viale/Vico/Piazza/Recinto/Contrada)

Tel. _____ e-mail _____

iscritto/a all'Ordine della Professione Sanitaria dei FISIOTERAPISTI di Basilicata

dal ____ / ____ / _____ al n° _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Ordine, con decorrenza ____ / ____ / _____.
(Data)

(La richiesta deve essere inoltrata preferibilmente entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello a cui si vogliono riferire gli effetti della cancellazione onde evitare l'emissione del BOLLETTINO per l'anno successivo.)



Ricevuta la comunicazione, il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione, successivamente informerà l'interessato; è fatto salvo il diritto al recupero delle somme relative alle quote pregresse.

- Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici 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 acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Basilicata, ai sensi dell'art.13 D.lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679.

_____ lì ____/____/_____
(Luogo) (Data)

Firma del richiedente

(Firma leggibile)

Allego:

- Copia del documento di identità in corso di validità fronte/retro.