



MARCA DA BOLLO DA
Euro 16,00

RICHIESTA CERTIFICATO ISCRIZIONE ALBO

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

- l'emissione del certificato di iscrizione all'Albo in bollo
- l'emissione del certificato di iscrizione all'Albo in bollo per l'estero
- l'emissione del certificato di iscrizione all' Albo esente bollo come da DPR n. 642/1972 e successive modificazioni: *(indicare la norma di esenzione ovvero l'uso di destinazione)*

Firma del richiedente

_____ li ____ / ____ / _____
(Luogo) (Data) (Firma leggibile)

Allego:

- Copia del documento di identità in corso di validità fronte/retro.
- Marca da bollo € 16,00 da applicare sul certificato d'iscrizione se necessario (anche in immagine)