



MARCA DA BOLLO DA

Euro 16,00

DPR 26/10/72 N° 642

DM 20/08/92

## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

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'Albo dei FISIOTERAPISTI dell'Ordine della Professione Sanitaria di

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

### CHIEDE

in ragione del fatto di avere la propria attività professionale e di avere preso la propria residenza

o domicilio nella provincia di \_\_\_\_\_,

il trasferimento dell'iscrizione dall'Ordine della Professione Sanitaria dei Fisioterapisti di

\_\_\_\_\_ all'Ordine della Professione Sanitaria

dei Fisioterapisti di BASILICATA, ai sensi della normativa vigente.

*(Il trasferimento avrà decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta e, la stessa, deve essere inoltrata preferibilmente entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello a cui si vogliono riferire gli effetti del trasferimento, onde evitare l'emissione del BOLLETTINO per l'anno successivo.)*



### DICHIARA

- di non aver riportato condanne penali;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali/disciplinari;
- di non essere sospeso/a dall'esercizio della professione;
- di non essere stato/a cancellato/a per morosità o irreperibilità o radiato/a da nessun Albo Professionale;
- di aver eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e alla Federazione (art.10, lettera c DPR 05/04/1950 n. 221).

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 sopra 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.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

Allego:

- Copia del documento di identità in corso di validità fronte/retro.
- Ricevuta di pagamento ultima TIA (*Tassa Iscrizione Annuale*).