



Spett.le

Ordine Provinciale della Professione

Sanitariadi Fisioterapista di Bergamo

via pec: [bergamo.ofi@pec.fnofi.it](mailto:bergamo.ofi@pec.fnofi.it)

MARCA DA BOLLO DA 16 €

## RICHIESTA CERTIFICAZIONE ECM

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo dei fisioterapisti con il n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

CHIEDE

- l'emissione della certificazione ECM relativamente al triennio \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Allegati:

- Marca da Bollo da 16 € (da apporre sul certificato)
- Fotocopia del documento di identità