

Marca da bollo

16 euro

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA
DI FISIOTERAPISTA DI BRESCIA e MANTOVA

Il sottoscritt* _____

C.F. _____ nat* il _____ a _____ prov. (__)

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____

CAP _____ n. tel. _____ PEC _____

Avvalendosi delle disposizioni di cui agli art. 4 e 26 della Legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni degli art. 483, 495 e 496 del Codice penale

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità:

1 - di non esercitare più la professione di _____ a partire dal _____ per collocamento a riposo o volontaria rinuncia, chiedendo la cancellazione dall'Albo dell'Ordine Interprovinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Brescia e Mantova;

2 - di essere in regola con il versamento delle TIA annuali.

Si comunica che contestualmente alla ricezione da parte dell'Ordine del presente modulo di cancellazione avverrà anche la disattivazione e chiusura della CASELLA PEC ASSEGNATA e FORNITA dallo scrivente Ordine. Una volta inviata la cancellazione non sarà più possibile accedere alla casella PEC, si invita pertanto a fare un trasferimento dati prima della richiesta di cancellazione.

I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione interna.

Data _____

In fede, (firma) _____