



RICHIESTA CERTIFICAZIONE ASSOLVIMENTO FABBISOGNO FORMATIVO INDIVIDUALE TRIENNIO/I.

Spett.le
Ordine Interprovinciale della
professione sanitaria di Fisioterapista di
CAGLIARI, MEDIO CAMPIDANO, NUORO, OGLIASTRA
ORISTANO, SULCIS IGLESIENTE

Marca da bollo 16€

Il/La sottoscritto/a
Nato/a a prov..... il
residente in prov..... Piazza/Via.....
Codice Fiscale.....
iscritto all'Ordine Interprovinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Cagliari, Medio Campidano, Nuoro,
Ogliastra, Oristano, Sulcis Iglesiente con numero dal

DICHIARA

- di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 15 della legge 183/2011, non possono più essere rilasciati e accettati certificati da produrre alle pubbliche amministrazioni e/o ai gestori di pubblici servizi e che in questi casi si deve provvedere all'autocertificazione;
- di essere a conoscenza che i certificati devono essere ordinariamente rilasciati in bollo con marca da 16,00 euro, salvo ricorra una delle ipotesi di esenzione del bollo previste dalla normativa vigente;
- di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000;
- di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (Regolamento UE 2016/679);

e pertanto CHIEDE

il rilascio di n. certificati in bollo **attestante l'assolvimento del/i fabbisogno/i formativo/i individuale per il/i triennio/i:**

1)..... 3)..... 2).....

Luogo e data _____

Firma _____