



MARCA DA BOLLO
€ 16,00

DPR 26/10/72
N°642
DM 20/08/92

**Al Presidente dell'Ordine Interprovinciale
della Professione Sanitaria di Fisioterapista
di Caltanissetta - Agrigento - Enna
Pec: siciliacentrale.ofi@pec.fnofi.it**

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
codice fiscale _____
Iscritto all'Albo dei Fisioterapisti con il n. _____ dal _____
residente in Via _____
CAP _____ Città _____ Prov _____
tel./cell. _____ email/PEC _____

CHIEDE

**LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI FISIOTERAPISTI DELL'ORDINE
INTERPROVINCIALE DI CALTANISSETTA-AGRIGENTO-ENNA CON DECORRENZA
31 DICEMBRE CORRENTE ANNO, PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:**

- Cessazione dell'attività professionale per pensionamento.
 Altro (specificare motivo) _____

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 non intende esercitare la libera professione.
 Di essere in regola con il pagamento delle Tasse di Iscrizione all'Albo.
 Altro (specificare) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine Interprovinciale della professione sanitaria di fisioterapista di Caltanissetta - Agrigento - Enna.

Luogo e data _____ Firma _____

Si allega copia documento d'identità e marca da bollo da 16 euro.