



Marca da Bollo  
€ 16,00  
DPR 26/10/72 N° 642  
DM 20/08/92

**Spett.le**  
Ordine della Professione Sanitaria  
di Fisioterapista provincia di Cosenza  
Via Antonio Scopelliti, 61  
87100 Cosenza  
C.F.98139770782

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA PROVINCIA DI COSENZA

**Il/La sottoscritto/a:**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Iscritto/a N° \_\_\_\_\_ all'Ordine della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Cosenza;

### CHIEDE

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483,495 e 496 del Codice penale, sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione-attività a partire

Dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per i seguenti motivi:

- pensione
- dimissioni volontarie dall'impiego
- altri motivi (esplicitare le ragioni relativi alla cessazione della professione-attività)

.....

### PER I MOTIVI CHE PRECEDONO CHIEDO LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE

**La richiesta deve essere inoltrata entro il 30 di novembre dell'anno precedente a quello a cui si vogliono riferire gli effetti della cancellazione onde evitare l'emissione del BOLLETTINO per l'anno successivo**



Ricevuta la comunicazione, il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione, successivamente informerà l'interessato; è fatto salvo il diritto al recupero delle somme relative alle quote pregresse.

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 provinciale della professione sanitaria di fisioterapista di Cosenza.

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

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità.**