



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 TRASFERIMENTO ALL'ORDINE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA PROVINCIA DI COSENZA

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all' Ordine della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Cosenza per trasferimento dall'Ordine di FISIOTERAPISTA di _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 75 e 76 DPR 28/12/2000 n. 445);

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445

- di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____
- di essere cittadino/a _____
- di essere residente in Via _____
Città _____ Prov. _____ CAP _____
- di avere i seguenti recapiti telefonici: tel. _____ cell. _____
- di avere il seguente recapito email: _____
- di avere il seguente recapito PEC: _____
- di avere il seguente codice fiscale: _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____
conseguito in data _____ luogo _____
rilasciato da _____
- di essere regolarmente iscritto/a all'Albo dell'Ordine di FISIOTERAPISTA di _____ n° _____



INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, DICHIARA

- di non aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art.444 c.p.p. –cosiddetto patteggiamento)
- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e alla Federazione (articolo 10, lettera c DPR 5.4.1950 n. 221)
- di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali
- di non essere sottoposto/a a procedimento disciplinare
- di non essere sospeso/a dall'esercizio della professione
- di non essere stato/a cancellato/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun Ordine provinciale di FISIOTERAPISTA
- di godere dei diritti civili e dei diritti politici

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla Segreteria di questo Ordine le variazioni della propria residenza, della propria attività professionale nonché dei propri recapiti postali, telefonici ed email.

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 le attestazioni espresse corrispondono al vero.

Luogo e data, _____

Firma leggibile _____

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 FNOFI

Luogo e data, _____

Firma leggibile _____

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