

MARCA DA
BOLLO € 16,00
DPR 26/10/72
N°642 DM
20/08/92

DOMANDA DI TRASFERIMENTO IN ENTRATA

Questo modulo va compilato ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) e recapitato a mezzo di Posta Elettronica Certificata all'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio.

Al Presidente dell'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio

Ai sensi della normativa vigente, D.P.R. 445/2000 e successive modifiche apportate con Legge 183/2011

Il/La Sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Codice Fiscale _____ Nato/a a _____ Prov. (____) il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____ n. Civico _____

Cap. _____ Provincia (____) Tel. _____ Cellulare _____

E-mail _____ PEC _____

CHIEDE

Di essere iscritto all'Albo Fisioterapista presso l'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio, per trasferimento dall'Ordine OFI _____
per il segue motivo _____

Di essere iscritto all'Elenco speciale a esaurimento Fisioterapista presso l'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio, per trasferimento dall'Ordine OFI _____
Per il seguente motivo _____

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 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo abilitante alla professione di Fisioterapista: _____
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di NON AVERE carichi pendenti risultanti dal certificato generale del casellario giudiziale;
- di essere iscritto/a all'Ordine OFI _____

- di aver regolarmente eseguito il pagamento dei tributi dovuti all'Ordine di appartenenza
- 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 Albo

Luogo e Data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali con le modalità (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista del Lazio, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679.

Luogo e Data _____ Firma _____

Si richiede di allegare copia di un valido documento d'identità