



DOMANDA DI CANCELLAZIONE ISCRIZIONE
ALBO PROFESSIONALE

AL PRESIDENTE
ORDINE FISIOTERAPISTI DI PAVIA

e p.c. AL PRESIDENTE
ORDINE FISIOTERAPISTI DI _____

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

Io sottoscritto/a(*) _____

nato/a a _____ Prov. (_____), il ___/___/_____

residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____

C.A.P. _____ Prov. (____);

Cell. _____ e-mail: _____@_____

Iscritto all'Albo Professionale/Elenco speciale dei Fisioterapisti al n° _____ di
codesto Ordine

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione di
Fisioterapista, a partire dal ___/___/_____ per i seguenti motivi:

- Collocamento a riposo
- Altri motivi (esplicitare le ragioni) _____

DICHIARO INOLTRE

- di non essere/essere stato sottoposto a procedimenti penali o a procedimenti
disciplinari
- di aver regolarmente pagato i contributi dovuti a questo Ordine Professionale

CHIEDO

la CANCELLAZIONE dell'iscrizione all'Albo Professionale dei fisioterapisti.

Con la presente autorizzo il trattamento dei dati personali, per le finalità connesse al rilascio del
certificato di iscrizione, ai sensi delle norme vigenti sulla privacy.

(*) Allego in calce Documento di Identità

_____, lì ___/___/_____

Firma _____

Da inoltrare via PEC a: pavia.ofi@pec.fnofi.it

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI