



MARCA DA BOLLO

€ 16,00

DPR 26/10/72

N° 642

DM 20/08/92

**RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ORDINE PROVINCIALE
DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA
DI REGGIO CALABRIA**

**Al Presidente
dell'Ordine della Professione Sanitaria
di Fisioterapista di Reggio Calabria**

____ I ____ sottoscritt _____
nat ____ il ____/____/____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Via/P.za _____ n. _____
C.A.P. _____ Prov. _____ eventualmente domiciliato in _____
Via/P.za _____ n. _____ C.A.P. _____ Prov. _____
Cell. _____ e-mail _____ pec. _____
numero di codice fiscale _____;

Dipendente presso _____ ;
Attualmente iscritto all'Ordine della Professione sanitaria di Fisioterapista di Reggio Calabria di Reggio Calabria,

CHIEDE

La cancellazione della propria iscrizione dall'Albo dell'Ordine dei fisioterapisti di Reggio Calabria

- Per Pensionamento dal _____
- Per non Esercizio della Professione dal _____
- Altro (specificare) _____ dal _____

Il sottoscritto dichiara di essere informato che con la cancellazione NON potrà più esercitare la Professione Sanitaria di Fisioterapista.

Si allega alla presente:

- a) copia del Documento di Identità.

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla privacy. I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione dell'Ordine.

Località e data

Il/La Dichiarante
(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3 c.10 della L. 127/97)
