

Spett.le

Ordine della Professione Sanitaria  
di Fisioterapista di Siena

Marca da bollo 16€

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov  
\_\_\_\_\_

di avere i seguenti recapiti telefonici: tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

di avere il seguente recapito email/PEC  
\_\_\_\_\_

di avere il seguente codice fiscale:  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI FISIOTERAPISTI DI SIENA CON  
DECORRENZA 31/12 dell'anno in corso**

**per (specificare il motivo):**

Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, ect.)  
\_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- Che non intende esercitare la libera professione
- Di essere in regola con il pagamento delle Tasse di Iscrizione all'Albo
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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.

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 Siena.

Luogo e data

Firma leggibile

Allegato: fotocopia fronte e retro della Carta di Identità