

Marca da bollo da 16 Euro

Al Presidente dell'Ordine provinciale
della professione sanitaria di Fisioterapista di Siena

E

Al Presidente dell'Ordine
della professione sanitaria di Fisioterapista di

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione presso Ordine provinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Siena per trasferimento dall'Ordine di _____ in quanto:

residente nella provincia di Siena sede di lavoro nella provincia di Siena

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 a _____ Prov. _____ il _____

Di essere cittadino/a _____

Di essere residente a _____ Prov. _____ CAP _____

In Via/Piazza e numero _____

Codice Fiscale _____ Cell/Tel _____

Mail _____ Pec _____

Di aver conseguito in data _____ il diploma/laurea in _____

_____ presso l'Università _____

Di essere regolarmente iscritto/a all'Ordine della professione sanitaria di Fisioterapista di _____

- 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 (Art. 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 radiato/a da nessun Ordine dei Fisioterapisti
- Di godere dei diritti civili e dei diritti politici
- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Fisioterapisti di _____ e 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 DPR 445/2000) dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero.

Luogo e data _____ Firma _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver 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 ed automatizzate) e per le finalità dell'Ordine FNOFI.

Luogo e data _____ Firma _____

ALLEGATI:

- Fotocopia F/R della Carta di Identità
- Fotocopia del Codice Fiscale