

Spett.le

Ordine Provinciale della Professione Sanitaria

di Fisioterapista di Siena

via pec: siena.ofi@pec.fnofi.it

MARCA DA BOLLO DA 16 €

RICHIESTA CERTIFICAZIONE ECM

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

Iscritto all'Albo dei fisioterapisti con il n. _____ dal _____

CHIEDE

- l'emissione della certificazione ECM relativamente al triennio

Luogo e data _____ Firma _____

Allegati:

- Marca da Bollo da 16 € (da apporre sul certificato)
- Fotocopia del documento di identità