

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Da inoltrare a bergamo.ofi@pec.fnofi.it

Marca da Bollo

€ 16,00

DPR 26/10/72 N° 642

DM 20/08/92

Il/La sottoscritto/a:

COGNOME E NOME _____

CODICE FISCALE _____

Nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____,

residente a _____ Prov. _____

in Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

Iscritto/a N° _____ all'Ordine della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Bergamo;

CHIEDE

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483,495 e 496 del Codice penale, sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione-attività a partire

Dal ____/____/____ per i seguenti motivi:

- collocamento a riposo
- dimissioni volontarie dall'impiego
- altri motivi (esplicitare le ragioni relativi alla cessazione della professione-attività)

.....

PER I MOTIVI CHE PRECEDONO CHIEDO LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE

La richiesta deve essere inoltrata entro il 30 di novembre dell'anno precedente a quello a cui si vogliono riferire gli effetti della cancellazione onde evitare l'emissione del BOLLETTINO per l'anno successivo

Ricevuta la comunicazione, il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione, successivamente informerà l'interessato; è fatto salvo il diritto al recupero delle somme relative alle quote pregresse.

Data ____/____/____

Firma _____