

Spett.  
**Ordine della professione sanitaria di  
Fisioterapista di BERGAMO**  
Via pec bergamo.ofi@pec.fnofi.it

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO e CANCELLAZIONE DA ESE**  
AUTOCERTIFICAZIONE – (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente/domiciliato/a a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Recapito e-mail \_\_\_\_\_

Recapito cell \_\_\_\_\_

Recapito pec \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Elenco speciale ad esaurimento dei fisioterapisti al n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art 46 D.P.R. 445/2000

Di possedere idoneo titolo all'iscrizione all'Albo dei fisioterapisti:

- decreto di equivalenza a titolo universitario ex DM 74171994, rilasciato a seguito di procedura di equivalenza, da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ prot \_\_\_\_\_, che si allega alla presente istanza;
- di svolgere attività professionale presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione all'Albo dei Fisioterapisti di Codesto Ordine e la contestuale cancellazione dall'Elenco speciale ad esaurimento dei fisioterapisti,

**DICHIARA**

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art 46 D.P.R. 445/2000, altresì:

- Di avere pieno godimento dei diritti civili;
- Di NON AVER carichi pendenti risultanti dal certificato del casellario giudiziario;
- Di essere in regola con i versamenti della tassa di iscrizione annuale.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**Si allega copia di documento di identità in corso di validità.**

**Ricevuta Versamento diritti segreteria € 35,00 su IBAN OFI IT60X0103011102000010884482**