

**Spett.le**

**Ordine Regionale della professione sanitaria  
di Fisioterapista della LIGURIA**

via XX Settembre 40/3A  
16121 Genova

Marca da bollo da 16 euro  
Annullarla con segno  
orizzontale o firma

Trasmettere via PEC Mail o raccomandata A/R

### 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 \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_
- di avere i seguenti recapiti telefonici: tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_
- di avere il seguente recapito e-mail \_\_\_\_\_
- di avere il seguente recapito PEC: \_\_\_\_\_
- di avere il seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

**LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI FISIOTERAPISTI DELLA LIGURIA CON  
DECORRENZA \_\_\_\_\_**

**per (specificare il motivo):**

- Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, etc.)

\_\_\_\_\_

- 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 di OFI Liguria.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Allegati:

- fotocopia, fronte e retro, della Carta di Identità (l'autentica avverrà con la presentazione dell'originale);