

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA PARTECIPAZIONE AL
2° CONGRESSO NAZIONALE FNOFI 2024 (Roma, 18 – 19 ottobre 2024)**

(Approvato con Delibera N° 13 del 24/09/2024 nella Seduta del Consiglio Direttivo dell'Ordine regionale della professione sanitaria di Fisioterapista della Liguria)

Manifestazione di interesse alla partecipazione

Il /la sottoscritt_ (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il _____

Tel. _____ e-mail _____

Iscritto all'ordine dal _____ con la tessera numero _____

MANIFESTA

l'interesse a partecipare al 2° Congresso Nazionale FNOFI che si svolgerà a Roma dal 18 al 19 Ottobre 2024, usufruendo del rimborso della quota di iscrizione messo a disposizione dall'Ordine Regionale della professione sanitaria della Liguria come deliberato in data 24/09/2024.

DICHIARA

in conformità alle disposizioni degli artt. 46-47 D.P.R. 28.12.2000, n.445 consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

- di essere in regola con i pagamenti della Tassa d'Iscrizione Annuale 2022, 2023 e 2024;
- di essere a conoscenza che le spese di viaggio, alloggio, cena di gala e vitto sono a carico del partecipante;
- di presenziare al Congresso nei giorni indicati, salvo disdetta che dovrà pervenire per iscritto alla segreteria dell'OFI (liguria.ofi@pec.fnofi.it) almeno 10 giorni prima dell'inizio del Congresso;
- di rimborsare interamente la quota di iscrizione al Congresso all'OFI Liguria in caso di mancata partecipazione e mancato invio di disdetta nei termini sopra indicati;
- di rimborsare interamente la quota di iscrizione al Congresso all'OFI Liguria in caso di assenza anche parziale dalle attività congressuali;
- di accettare tutte le clausole contenute nell'avviso della manifestazione di interesse;
- di inviare copia dell'attestato di partecipazione al Congresso in formato PDF alla casella di posta elettronica liguria.ofi@pec.fnofi.it entro il 31/10/2024.

Data _____ Firma _____

Allega: Copia documento di riconoscimento.