

SPETTABILE OFI MARCHE

Marca da bollo 16€

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 _____
CAP _____ Città _____ Prov _____

di avere i seguenti recapiti telefonici:
tel. _____ cell. _____

di avere il seguente recapito email/PEC

di avere il seguente codice fiscale:

CHIEDE

LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI FISIOTERAPISTI DELLE MARCHE CON DECORRENZA 31/12/2023

per (specificare il motivo):

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

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



OFIMARCHE

ORDINE FISIOTERAPISTI

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 dell'Ordine regionale della professione sanitaria di fisioterapista delle MARCHE.

Luogo e data

Firma leggibile

Allegato: fotocopia fronte e retro della Carta di Identità