

Spett.le  
Ordine Regionale della professione sanitaria  
di fisioterapista delle MARCHE  
Indirizzo e dati

MARCA DA BOLLO DA 16 €

### RICHIESTA CERTIFICATO ISCRIZIONE ALBO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
Iscritto all'Albo dei fisioterapisti con il n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

- l'emissione del certificato di iscrizione all' Albo in bollo
  - l'emissione del certificato di iscrizione all' Albo in bollo per l'estero
  - l'emissione del certificato di iscrizione all' Albo esente bollo come da DPR n. 642/1972 e successive modificazioni: (indicare la norma di esenzione ovvero l'uso di destinazione)
- \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### Allegati:

- Marca da bollo € 16,00 da applicare sul certificato d'iscrizione se necessario (anche in immagine)
- Fotocopia del documento di identità