

Spettabile

Ordine Provinciale della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Messina

### 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'ORDINE DEI FISIOTERAPISTI DI MESSINA CON DECORRENZA 31/12/2023**

per ( specificare il motivo, ad esempio cessazione dell'attività professionale per pensionamento, ect. )

\_\_\_\_\_

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 dell'Ordine regionale della professione sanitaria di fisioterapista di Messina.

Luogo e data Firma leggibile

**Allegare carta identità fronte/retro**