



MARCA DA BOLLO DI  
Euro 16,00  
DPR 26/10/72 N° 642

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Da inoltrare a  
[modenareggio.ofi@pec.fnofi.it](mailto:modenareggio.ofi@pec.fnofi.it)

Il/La sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel.

\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo dei Fisioterapisti dell'Ordine della professione Sanitaria dei Fisioterapisti di

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice penale, sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione-attività per i seguenti motivi:

- collocamento a riposo
- dimissioni volontarie dall'impiego
- altri motivi (esplicitare le ragioni relativi alla cessazione della professione-attività)

**PER I MOTIVI CHE PRECEDONO CHIEDO LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE CON DECORRENZA 31/12/2024**

**La richiesta deve essere inoltrata entro il 30 di novembre dell'anno precedente a quello a cui si vogliono riferire gli effetti della cancellazione onde evitare l'emissione del BOLLETTINO per l'anno successivo.**

Ricevuta la comunicazione, il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione, successivamente informerà l'interessato; è fatto salvo il diritto al recupero delle somme relative alle quote pregresse.

- 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 della professione sanitaria di fisioterapista di Modena e Reggio Emilia.

Luogo e data \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

- Allego copia del documento di identità in corso di validità fronte/retro.