



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

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Da inoltrare a
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.