

Spett.le Ordine interprovinciale della
Professione Sanitaria di
Fisioterapista di Parma e di
Piacenza

Marca da bollo 16€

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ORDINE DEI FISIOTERAPISTI

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 e-mail/PEC _____
- di avere il seguente codice fiscale: _____

CHIEDE

**LA CANCELLAZIONE ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE
SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI PARMA E DI PIACENZA**

CON DECORRENZA 31/12/2024

per (specificare il motivo):

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

- 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 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 Ordine interprovinciale della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Parma e di Piacenza.

Luogo e data

Firma leggibile

Allegato: fotocopia fronte e retro della Carta di Identità