



MARCA DA BOLLO
€ 16,00

DPR 26/10/72
N°642
DM 20/08/92

All'On. Consiglio dell'Ordine provinciale
della professione sanitaria di Fisioterapista
di Salerno

pec: salerno.ofi@pec.fnofi.it

RICHIESTA NULLA OSTA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

Iscritto all'Albo dei fisioterapisti con il n. _____ dal _____

CHIEDE

il rilascio del nulla osta per il trasferimento dell'iscrizione presso l'Ordine provinciale della
professione sanitaria di Fisioterapista di _____.

Luogo e Data _____

Firma _____

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.

È fatto salvo il diritto dell'Ordine al recupero delle somme relative alle quote pregresse
eventualmente non pagate.

Luogo e data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a, con la presente, dichiara di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati personali con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine provinciale della professione sanitaria di fisioterapisti di Salerno.

Luogo e data _____

Firma _____

Allega il seguente documento:

1. Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale;