

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

DPR 26/10/72
N°642
DM 20/08/92

All'On.le Consiglio dell'Ordine provinciale
della professione sanitaria di Fisioterapista
di Salerno
pec: salerno.ofi@pec.fnofi.it

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELL'ORDINE PROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SALERNO

Il/La sottoscritto/a _____

nato il _____

a _____

C.F. _____

residente a _____

alla Via/Piazza _____

CAP _____ Tel. _____

email _____, Pec _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000 per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, per la formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445

- Di aver conseguito in data _____ il diploma/laurea in _____

Presso l'Università/Istituto _____

- Di essere attualmente iscritto all'Albo dell'Ordine provinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Salerno al N° _____ dal _____

- Di essere in regola con il pagamento delle quote annuali dovute all'Ordine della professione sanitaria di Fisioterapista di Salerno;

CHIEDE

di essere cancellato/a dall'Albo dell'Ordine provinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Salerno con decorrenza dall'anno corrente per:

- cessazione dell'attività professionale a partire dal ____/____/____ per i seguenti motivi:

- collocamento a riposo
- dimissioni volontarie dall'impiego
- altri motivi (esplicitare le ragioni relative alla cessazione dell'attività professionale)

- 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 è consapevole che la richiesta di cancellazione, successiva **alla data del 30 novembre dell'anno corrente**, non lo esonera dal pagamento della TIA relativa all'anno successivo.
- Il/la sottoscritto/a è consapevole che 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;