



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

E pc
All'On.le Consiglio dell'Ordine provinciale
della professione sanitaria di Fisioterapista
di(provenienza)
pec: _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DELL'ORDINE PROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI SALERNO PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE PROVINCIALE

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 degli artt. 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 _____ al N° _____ dal _____;

- Di essere in regola con il pagamento delle quote annuali dovute all'Ordine professionale di provenienza;

- Di avere il proprio domicilio professionale (luogo di lavoro abituale)

in _____;

- Di avere il pieno godimento dei diritti civili e politici;
- Di non avere precedenti penali;
- Di avere i seguenti precedenti penali: _____;
- Di non essere sottoposto a procedimento disciplinare;
- Di non essere sospeso dall'esercizio della professione;

CHIEDE

l'iscrizione all'Ordine provinciale della professione sanitaria di Fisioterapista di Salerno

- 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 trasferimento presso l'Ordine provinciale della Professione Sanitaria dei Fisioterapisti di Salerno, trasmessa successivamente alla data del **30 novembre dell'anno corrente**, sarà oggetto di deliberazione con effetti a partire dall'anno successivo.

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 i seguenti documenti:

Copia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale