

Spett.le
Ordine Regionale della
Professione Sanitaria
di Fisioterapista dell'Umbria

Marca da bollo 16€

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

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 email/PEC _____

di avere il seguente codice fiscale: _____

CHIEDE

**LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI FISIOTERAPISTI DEL ORDINE REGIONALE
DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DELL'UMBRIA
CON DECORRENZA 31/12/2024**

per (specificare il motivo):

Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, ect.) _____

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 dell'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista dell'Umbria.

Luogo e data

Firma leggibile

Allegato: fotocopia fronte e retro della Carta di Identità