



Spett.le Ordine Interprovinciale
della Professione Sanitaria di Fisioterapista
di Belluno Treviso Vicenza e Verona

Applicare una marca da
bollo da 16 euro ed
annullarla apponendo la
propria firma

RICHIESTA CERTIFICATO SODDISFACIMENTO OBBLIGO ECM

Il/a sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ Prov. (_____)

C.F. _____

documento d'identità n° _____

residente in via _____ comune di _____

CAP _____ Prov. (_____)

iscritto all' Ordine dei Fisioterapisti di Tv, Bl, Vi, Vr; numero di iscrizione _____

CHIEDE

copia autenticata del Certificato di attestazione del soddisfacimento dell'obbligo formativo

ECM per il triennio:

_____ - _____

Luogo e data _____

Firma leggibile _____

Allego:

- Fotocopia del documento di identità
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il versamento dell'imposta di bollo