



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

MARCA DA BOLLO DI
Euro 16
DPR 26/10/72
N°642 DM 20/08/92

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'ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI BELLUNO TREVISO VICENZA E VERONA CON DECORRENZA 31/12/2025

per (specificare il motivo):

- Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, ect.): _____
_____ con decorrenza dal _____

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 (compreso anno in corso)
- 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 Interprovinciale della professione sanitaria di fisioterapista di Belluno Treviso Vicenza e Verona.

Luogo e data _____

Firma leggibile _____