

MARCA DA BOLLO DI

EURO 16,00

DPR 26/10/72 N.642
DM 20/08/92

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Da inoltrare a

romagna.ofi@pec.fnofi.it

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Nato/a _____ Prov. di _____
il ____/____/____, residente a _____ Prov. _____ in
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
e-mail _____ iscritto/a all'Ordine della Professione Sanitaria dei FISIOTERAPISTI
di FC.RA.RN _____ dal al n° _____

CHIEDE

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del codice penale, sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione-attività per i seguenti motivi:

- ☐ collocamento a riposo
- ☐ dimissioni volontarie dall'impiego
- ☐ altri motivi (esplicitare le ragioni relativi alla cessazione della professione-attività)

.....

**PER I MOTIVI CHE PRECEDONO CHIEDO LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE CON
DECORRENZA _____**

Ricevuta la comunicazione, il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione, successivamente informerà l'interessato; è fatto salvo il diritto al recupero delle somme relative alle quote pregresse.

- 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 della professione sanitaria di fisioterapista di FC.RA.RN.

Luogo e data

Firma leggibile

Allegato: fotocopia fronte e retro della Carta di Identità