

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Da inoltrare a

bolognaferrara.ofi@pec.fnofi.it

1

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 Bologna e Ferrara 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 31/12/2023

La richiesta deve essere inoltrata entro il 30 di novembre dell'anno precedente a quello a cui si vogliono riferire gli effetti della cancellazione onde evitare l'emissione del BOLLETTINO per l'anno successivo

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 Bologna e Ferrara.

2

Luogo e data

Firma leggibile

Allegato: fotocopia fronte e retro della Carta di Identità