



MARCA DA BOLLO DI

Euro
16,00

DPR 26/10/72

N° 642 DM 20/08/92

RICHIESTA TRASFERIMENTO

Da inoltrare a toscancentro.ofi@pec.fnofi.it

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Nato/a _____ Prov. _____ il ____/____/____,

residente a _____ Prov. _____ in Via

_____ n. _____ CAP _____ Tel.

_____ e-mail _____

iscritto/a all'Albo dei Fisioterapisti dell'Ordine della professione Sanitaria dei Fisioterapisti di

_____ dal _____ al n° _____

CHIEDE

In ragione del fatto di avere:

- attività professionale
- residenza
- domicilio

nella Provincia di _____, **il trasferimento dell'iscrizione**

dall'Ordine della Professione Sanitaria di Fisioterapista di _____

all'Ordine interprovinciale della professione Sanitaria di Fisioterapista di Firenze Arezzo Lucca Massa-Carrara Pistoia e Prato, ai sensi della normativa vigente. (Il trasferimento avrà decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta)



DICHIARA

- Di non aver riportato condanne penali,
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a procedimenti penali/disciplinari;
- Di non essere sospeso/a dall'esercizio della professione;
- Di non essere stato/a cancellato/a per morosità o irreperibilità o radiato/a da nessun Albo Professionale;
- Di aver eseguito il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e alla Federazione (art.10, lettera c
- DPR 5.4.1950 n. 221).

_____ li ____/____/____

Firma del richiedente

- Allego copia del documento di identità in corso di validità fronte/retro.
- Ricevuta di pagamento ultima tassa di iscrizione

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/3 sulla privacy. I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione interna.