



Spett.le Ordine Interprovinciale
della Professione Sanitaria di Fisioterapista
di Firenze Arezzo Lucca Massa Carrara Pistoia Prato

RICHIESTA CANCELLAZIONE

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

II/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

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

residente a _____ Prov. _____ in Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ e- mail _____ PEC _____

iscritto/a all'Ordine Interprovinciale della Professione Sanitaria di FISIOTERAPISTA di Firenze Arezzo Lucca
Massa Carrara Pistoia e Prato 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 a partire dal ____ / ____ / _____ 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

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.

(Luogo e Data)

(Firma Leggibile)