



OFI MILANO | COMO | CREMONA | LECCO | LODI
MONZA BRIANZA | SONDRIO | VARESE

ORDINE FISIOTERAPISTI

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE INTERPROVINCIALE
DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTI DI MILANO,
COMO, CREMONA, LECCO, LODI, MONZA BRIANZA, SONDRIO, VARESE**

Marca da bollo
€ 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nat_____ a _____ (_____) il _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ (_____) _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

Indirizzo PEC _____

Iscritto/a

Albo professionale

Elenco speciale

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

Che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive della cancellazione di cui all'art. 11 del DPR 211/1950 ed in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o disciplinare

DICHIARA INOLTRE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di essere in regola con il versamento di tutti i contributi dovuti all'Ordine compreso quello dell'anno in corso pertanto,

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo con decorrenza _____

Pertanto dichiara che, dopo quella data, non svolgerà più la relativa attività professionale, né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, né volontario.

Luogo e data _____

Firma _____

Allegare alla presente copia di un documento d'identità in corso di validità.