



Dichiarazione sostitutiva di  
**CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE**  
(Art. 46 - D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, consapevole che chiunque  
rilascia dichiarazioni mendaci è punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,  
ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

di essere iscritto/a all'Ordine della Professione Sanitaria del Fisioterapista (OFI) di:  
BARI, BARLETTA ANDRIA TRANI e TARANTO sito in Via Magliano n.62, 70010 Capurso (Bari)  
nell'Albo Professionale dei Fisioterapisti al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) \*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

\*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax e/o PEC, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla privacy. I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione interna.