



Marca da Bollo
Euro 16.00
DPR 26/10/72 N°642
DM 20/08/92

DOMANDA DI CANCELLAZIONE
Da inoltrare a pugliacentrale.ofi@pec.fnofi.it

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Prov. ____) il _____ residente a _____ CAP _____
in Via _____ n° _____
Codice Fiscale _____, Tel _____
email _____ iscritto all'Ordine della Professione Sanitaria di
Fisioterapista (OFI) di Bari, Barletta Andria Trani e Taranto dal _____ al n° _____

CHIEDE

Valendosi 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 propria 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)

Data

Firma del richiedente (per esteso e leggibile)

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.

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.