



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

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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 _____ dal _____ al n° _____

CHIEDE

Ai sensi della normativa vigente e in ragione del fatto di avere la propria attività professionale e/o la propria residenza o domicilio nella provincia di _____, il trasferimento dell'iscrizione dall'Ordine della Professione Sanitaria dei Fisioterapisti di _____ all'Ordine della Professione Sanitaria di Fisioterapista di Bari, Barletta Andria Trani e Taranto.

(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 a procedimenti penali/disciplinari;
- di non essere sospeso dall'esercizio della professione;
- di non esser stato/a cancellato/a per morosità o irreperibilità o radiato/a da nessun altro 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).

Si allega:

- Copia del Documento di Identità fronte/retro in corso di validità
- Ricevuta di pagamento ultimo MAV

Data

Firma del richiedente (per esteso e leggibile)

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.