

(N.B. IL PDF È COMPILABILE DA PC. TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI: NON SARANNO PRESE IN CARICO RICHIESTE CON DATI PARZIALI O MANCANTI)

Il/la sottoscritto/a | *nome* *cognome*  
nato/a a | *luogo* *prov.* il *data di nascita*  
n. tel. *email*

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

### DICHIARA

di essere attualmente residente a:

\_\_\_\_\_ *luogo (ed eventuale località)* *prov.* *C.A.P.*  
in via | \_\_\_\_\_ , | \_\_\_\_\_  
*indirizzo* *n. civico*

\*spuntare **solo** una delle due opzioni che seguono:

- di voler ricevere tutte le comunicazioni dall'Ordine dei Fisioterapisti di Napoli, Avellino, Benevento e Caserta all'indirizzo di residenza sopra indicato;
- di voler ricevere tutte le comunicazioni dall'Ordine dei Fisioterapisti di Napoli, Avellino, Benevento e Caserta ad un indirizzo diverso da quello di residenza e di eleggere, pertanto, il proprio domicilio a:

\_\_\_\_\_ *luogo (ed eventuale località)* *prov.* *C.A.P.*  
in via | \_\_\_\_\_ , | \_\_\_\_\_  
*indirizzo* *n. civico*

presso (facoltativo) | \_\_\_\_\_  
*studio, ecc.*

Napoli,

In fede

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Inviare il seguente modulo tramite la propria PEC a: [campaniacentrale.ofi@pec.fnofi.it](mailto:campaniacentrale.ofi@pec.fnofi.it)

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione, nonché ai gestori dei pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.