



Spett.le Ordine Interprovinciale
della Professione Sanitaria di Fisioterapista
di Napoli Avellino Benevento e Caserta

Applicare una
marca da bollo
da 16 euro
ed annullarla
apponendo la propria firma

RICHIESTA ATTESTAZIONE SODDISFACIMENTO OBBLIGO ECM

Il/La sottoscritto/a _____
cognome nome

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

documento di identità n° _____

residente in via _____

comune di _____ CAP _____ Prov. (____)

iscritto all'Albo professionale con il n. _____ dal _____

CHIEDE

copia dell'attestazione del soddisfacimento dell'obbligo formativo ECM per il triennio:

_____ - _____

Luogo e data _____

Il dichiarante _____

Allegati:

- Fotocopia del documento di identità
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il versamento dell'imposta di bollo