



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 CERTIFICATO 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 autenticata del Certificato di 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