

Il/La sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____

nato/a il ____ ____ ____ a _____ (____)

residente a _____ (____)

Via _____ n. _____ CAP _____

n. tel. _____ email _____

(N.B. TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI: NON SARANNO PRESE IN CARICO DOMANDE CON DATI PARZIALI O MANCANTI)

valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge n.15 del 04/01/1968 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni degli art. 483, 495 e 496 del codice penale,

DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità, di non esercitare più la professione di

FISIOTERAPISTA

perché:

in quiescenza. Sono in pensione a partire dal _____

non esercente. Non esercito la professione dal _____

Napoli, _____

In fede

Inviare il seguente modulo tramite la propria PEC a: 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.

NORME PER LA CANCELLAZIONE

LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DOVRÁ PERVENIRE ENTRO IL 31 OTTOBRE

La cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione per l'anno in corso anche se presentata il 2 gennaio. Ricevuta la comunicazione e verificata la documentazione il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione ed informerà l'interessato. Si ricorda che saranno accettate esclusivamente le domande di coloro i quali risultino in regola con i pagamenti delle quote annuali.

Per completare la domanda è necessario allegare la copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale. **Per coloro in quiescenza, allegare copia del decreto di collocamento a riposo**

L'iter procedurale richiederà circa 1 mese. Si precisa che una volta cancellati per iscriversi nuovamente si dovrà seguire l'iter come se fosse una prima iscrizione. **(Incluse Tassa governativa e Quota Annuale Ordine)**