

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

(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

residente a

(luogo ed eventuale località)

prov.

CAP

in via

indirizzo

numero civico

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** (si raccomanda di spuntare e compilare solo uno dei due seguenti campi, quello di proprio interesse)

di essere in possesso della seguente casella pec:

e pertanto richiede l'aggiornamento della stessa sull'indice nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata di professionisti e imprese (INI-PEC);

### COMUNICA

di voler rinunciare ad eventuali caselle PEC comunicate in precedenza o assegnate gratuitamente dall'Ordine dei Fisioterapisti di NA-AV-BN-CE.

### oppure CHIEDE

di voler ricevere la casella PEC con estensione @PEC.FNOFI.IT in convenzione con la FNOFI e successivo aggiornamento su INI-PEC.

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)