|  |  |
| --- | --- |
| ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:31.1.1983 n.25 e 11.1.2018, n.3;DM 8/9/2022, n.183 | GEGRUENDET IM SINNE DER GESETZE:31.1.1983, N.25 und 11.1.2018, N.3;MD 8/9/2022, N.183 |

All’Ordine Provinciale dei Fisioterapisti di Bolzano

An der Berufskammer der Physiotherapeuten der Provinz Bozen

via Capri / Capristr. 36

39100 Bolzano – Bozen

|  |  |
| --- | --- |
| **DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL’ORDINE DEI FISIOTERAPISTI**  | **ANTRAG AUF LÖSCHUNG AUS DER BERUFSKAMMER DER PHYSIOTHERAPEUTEN** |
| Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Der/die Unterfertigte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DICHIARA** | **ERKLÄRT** |
| * di essere nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di essere cittadino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di essere residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di avere i seguenti recapiti telefonici: tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di avere il seguente recapito e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di avere il seguente recapito PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di avere il seguente codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
 | * am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren zu sein;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Staatsbürger zu sein;
* Wohnsitz in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stadt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zu haben;
* über die folgenden Telefonnummern zu verfügen: Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* über folgende E-Mail-Adresse zu verfügen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* über folgende PEC-Adresse zu verfügen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* die folgende Steuernummer zu haben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
 |
| **E RICHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL’ORDINE PROVINCIALE DEI FISIOTERAPISTI DI BOLZANO CON DECORRENZA DAL 01.01.20\_\_\_\_** | **UND BEANTRAGT DIE LÖSCHUNG AUS DER BERUFSKAMMER DER PHYSIOTHERAPEUTEN DER PROVINZ BOZEN MIT WIRKUNG AB 01.01.20\_\_\_\_** |
| per (specificare il motivo):* Cessazione dell’attività professionale per (specificare: pensionamento, ect.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | für (Grund angeben):* Beendigung der Berufstätigkeit aufgrund (bitte angeben: Pensionierung usw.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Andere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Il/la sottoscritto/a dichiara:* Che non intende esercitare la libera professione;
* Di essere in regola con il pagamento delle quote annuali dell‘Ordine;
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | Der/die Unterfertigte erklärt:* Nicht in Absicht zu haben, die Tätigkeit als Freiberufler/in auszuüben;
* Die Zahlung der Jahresgebühren der Berufskammer getätigt zu haben;
* Anderes (bitte angeben) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (Art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero.Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all’art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell’Ordine Professionale. | Der/die Unterfertigte erklärt in Kenntnis des Verfalls von Vorteilen und strafrechtlicher Sanktionen im Falle einer wahrheitswidrigen Erklärung, der Erstellung oder Verwendung falscher Dokumente (Art. 75 und 76 des P.R.D. 445/2000), dass die abgegebenen Erklärungen der Wahrheit entsprechen.Der/die Unterfertigte erklärt, die in Art. 13 des G.v.D. Nr. 196/2003 genannten Informationen erhalten zu haben und stimmt der Verarbeitung ihrer Daten mit den geeigneten Methoden (einschließlich instrumenteller und automatisierter) und für die Zwecke der Berufskammer zu. |

 Luogo e data / Ort und Datum Firma / Unterschrift

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati / Anhänge:

* Fotocopia, fronte e retro, del documento di identità
* Fotokopie (Vorder- und Rückseite) des Personalausweises

**La presente istanza, debitamente compilata e sottoscritta, deve essere inviata in formato pdf all'Ordine Provinciale dei Fisioterapisti di Bolzano all’indirizzo** **bolzano.ofi@pec.fnofi.it**

**Dieser Antrag muss ausgefüllt und unterschrieben im PDF-Format an der Berufskammer der Physiotherapeuten der Provinz Bozen unter der Adresse** **bolzano.ofi@pec.fnofi.it** **gesendet werden.**