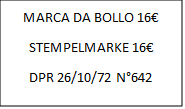
|  |  |
| --- | --- |
| ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:  31.1.1983 n.25 e 11.1.2018, n.3;  DM 8/9/2022, n.183 | GEGRUENDET IM SINNE DER GESETZE:  31.1.1983, N.25 und 11.1.2018, N.3;  MD 8/9/2022, N.183 |

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**](mailto: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**](mailto:bolzano.ofi@pec.fnofi.it) **gesendet werden.**