Spett.le
Ordine Regionale della professione sanitaria
di fisioterapista del Friuli Venezia Giulia
Via Milano 5
34132 Trieste (Ts)

MARCA DA BOLLO DA 16 €

RICHIESTA CERTIFICATO ISCRIZIONE ALBO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a_____ il _____

codice fiscale _____

Iscritto all'Albo dei fisioterapisti con il n. _____ dal _____

CHIEDE

- l'emissione del certificato di iscrizione all' Albo in bollo
- l'emissione del certificato di iscrizione all' Albo in bollo per l'estero
- l'emissione del certificato di iscrizione all' Albo esente bollo come da DPR n. 642/1972 e successive modificazioni: (indicare la norma di esenzione ovvero l'uso di destinazione)

_____

Luogo e data _____ Firma _____

Allegati:
- Marca da bollo € 16,00 da applicare sul certificato d'iscrizione (anche in immagine)
- Fotocopia del documento di identità