



Al Presidente dell'Ordine Interprovinciale
della Professione Sanitaria di Fisioterapista di
Firenze Arezzo Lucca Massa Carrara Pistoia Prato

Via F. Vezzani 10, 50141 FIRENZE

toscanacentro.ofi@pec.fnofi.it

toscanacentro.ofi@fnofi.it

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a _____

Nazione _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____ nr. _____ CAP _____

domiciliato a _____ in via _____ nr. _____ CAP _____

Recapito Telefonico _____ e-mail @ _____

CHIEDE

di sostenere l'esame per l'accertamento della lingua italiana

DICHIARA Ai sensi del DPR 28/12/2000 n.445 (barrare solo le caselle che interessano)

di essere cittadino/a _____

di essere in possesso del seguente Codice Fiscale _____

di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito in data con votazione presso _____

di essere in possesso del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante rilasciato dal
Ministero della Salute il _____ numero di protocollo _____

di non aver sostenuto presso altro Ordine dei Fisioterapisti l'esame sulla buona conoscenza della lingua italiana

di aver già sostenuto con esito negativo, presso l'Ordine dei Fisioterapisti di _____
_____ l'esame di lingua italiana in data _____

di volersi iscrivere all 'Ordine dei Fisioterapisti delle Provincia di _____

di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a il _____



LLEGA

- 1) Fotocopia di un documento d'identità valido accompagnata dal documento originale per la validazione di copia conforme;
- 2) Fotocopia del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante rilasciato dal Ministero della Salute Italiano;
- 3) Fotocopia del diploma conseguito in un paese terzo con traduzione in lingua italiana
- 4) Fotocopia del permesso di soggiorno valido (solo cittadini Extracomunitari)

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che la presente istanza è presentata utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa in materia di autocertificazioni e che, conseguentemente ai controlli eseguiti in base all'art. 71 D.P.R 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R 445/2000).

RICHIEDE

l'inoltro delle comunicazioni prodotte dalla presente domanda all'indirizzo @mail seguente:

DATA _____

FIRMA _____

******* Informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 *******

Ai sensi del art. 13 del Reg. UE 2016/679, ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI FIRENZE AREZZO LUCCA MASSA CARRARA PISTOIA PRATO, Piazza Indipendenza 4, 50129 Firenze, in qualità di Titolare del Trattamento, informa che il trattamento dei Vs. dati personali sarà effettuato al fine di attivare l'istruttoria per dar seguito alla sua richiesta e per la gestione di ogni altro adempimento di legge. Ai sensi dell'art. 6 del citato regolamento, per il trattamento dei dati per le finalità indicate non è necessario il consenso in quanto necessario per adempiere a un obbligo di legge (D.M. Salute 13 marzo 2018) e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico. Il conferimento è obbligatorio, e in caso di rifiuto non potrà essere valutata la richiesta. I dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici in relazione ai quali è previsto l'obbligo di comunicazione, e a professionisti che prestano consulenza a favore dell'ordine. I dati (nome, cognome, luogo e data di nascita), inoltre, potranno essere oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul sito dell'Ordine. Il trattamento sarà effettuato con strumenti cartacei ed elettronici. Il periodo di conservazione dei dati è illimitato. È comunque Vs. facoltà esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15-22 del citato regolamento. Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati e all'esercizio dei citati diritti, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) al seguente indirizzo e-mail: toscana.centro.ofi@fnofi.it

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 relativa al trattamento dei propri dati personali.

(Luogo), (data) (firma leggibile)
