

Spett.le
A.I.R.A.S.
Via N. Sauro 29
36045 Lonigo VI

Il /La sottoscritto/a, _____

nato a _____ il _____

residente in _____

Via _____

CF. _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale,
e dalle leggi speciali in materia, dichiara:

- di aver conseguito il seguente titolo di studio _____

- di essere iscritto alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Sanitaria di
Fisioterapia FNOFI,

Albo dei Fisioterapisti della Provincia di _____,

con il numero _____

Data _____

Firma leggibile