



Domanda per il riconoscimento di un titolo professionale dell'area sanitaria diverso da: medico chirurgo, medico specialista, medico veterinario, farmacista, odontoiatra, infermiere, ostetrica/o.
Titolo interamente conseguito in un Paese dell'Unione europea da cittadini comunitari e non comunitari

La / Il Sottoscritta/o, _____
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

_____ Sesso M F
NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

In possesso del Titolo di _____
TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in _____
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

Chiede a codesto Ministero il riconoscimento del/i proprio/i Titolo/i, ai sensi della vigente normativa comunitaria, ai fini dell'esercizio del DIRITTO DI STABILIMENTO per la professione sanitaria di:

FISIOTERAPISTA
PROFESSIONE - PROFESSION - PROFESSION - BERUF - PROFESION

e, a tal fine, allega i documenti di cui all'Allegato B

La / il sottoscritta/o, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, sanzioni amministrative e disciplinari sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza;
- di essere:

Nata/o a _____
LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMENTO

_____ il _____
STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE
 GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMENTO

Di essere cittadina/o _____
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE, STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

- Di volersi iscrivere all'Ordine o al Collegio di: _____
SEDE PROVINCIALE - PROVINCIAL CENTRE - LIEGE PROVINCIALE - PROVINZSTZ - SEDE PROVINCIAL

La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito:

_____ _____
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza _____ n. _____
INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

_____ PROV. _____
CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

_____ _____
CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

_____ _____
N.TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMMER - N.TEL. N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX

_____ **In fede** _____
DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA

L'Ufficio si impegna a trattare i dati personali contenuti nella presente domanda ai sensi della legge n. 675/96 .