

## Dichiarazione sostitutiva di certificazione

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di essere cittadino italiano secondo le risultanze del Comune di \_\_\_\_\_

(in caso di nascita all' estero, precisare a quale titolo sia cittadino italiano) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- di godere dei diritti politici

- di essere in possesso del diploma di massofisioterapista (che allega in fotocopia) conseguito in

data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- di aderire alla Federazione Nazionale dei Collegi dei Massofisioterapisti in qualità di socio sostenitore.

Io sottoscritto dichiaro altresì di essere stato informato di quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e acconsento pertanto che i miei dati personali siano raccolti e trattati secondo quanto disposto dalle normative in materia.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_