Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Siracusa

Istituito ai sensi delle leggi
4.8.1965 n° 1103, 31.1.1983 n° 25 e 11.1.2018 n° 3
C.F. 80004450898

MARCA DA
BOLLO € 16,00
DPR 26/10/72
N°642

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE TSRM-PSTRP DI SIRACUSA

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ORDINE PROFESSIONALE TSRM-PSTRP

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA
ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445

- di essere nato/a a _____, Prov. _____, il giorno _____;
- di essere residente nel Comune di _____, Prov. _____, Via/Piazza _____ N._____, CAP _____;
- di avere il seguente C.F.:_____;
- di avere i seguenti recapiti telefonici: Tel: _____, Cell: _____;
- di avere il seguente indirizzo email: _____.

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale/dell'Elenco Speciale a Esaurimento dei/degli _____ per:

☐ pensionamento dal ____/____/_____;
☐ non esercizio della professione dal ____/____/_____;
☐ altro (specificare):_____ dal ____/____/_____.

Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, che non intende più esercitare la professione di _____.
Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (Art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero. Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine Professionale TSRM-PSTRP.

Si allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità.

Siracusa,_____ Il/La Dichiarante _____

N.B. La domanda deve essere presentata solo dopo l'avvenuta cessazione dell'esercizio della professione. L'avvenuta cancellazione sarà comunicata all'interessato dalla Segreteria dopo la Delibera del Consiglio Direttivo.