



**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  
e, p.c., al Presidente dell'Ordine TSRM-PSTRP di \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO**  
e AUTOCERTIFICAZIONE  
(art.46 D.P.R. 28/12/2000, n°445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, Provincia di \_\_\_\_\_,  
cittadino/a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_,  
Comune di \_\_\_\_\_, Provincia di \_\_\_\_\_,  
CAP \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_, tel \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 in caso di  
dichiarazioni mendaci (DPR 28/12/2000 n. 445)

- di essere in possesso del Diploma/Laurea di \_\_\_\_\_,  
conseguito presso la scuola/Università \_\_\_\_\_  
in Provincia di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo dei/degli \_\_\_\_\_  
dell'Ordine TSRM-PSTRP di \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è previsto la menzione nel certificato del  
casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e provvedimenti disciplinari in pendenza;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o  
perdita dei diritti;
- di essere informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai  
sensi del D.L. n. 196/2003;

**CHIEDE**

**di trasferire la propria iscrizione all'Ordine dei TSRM-PSTRP della Provincia di Siracusa**, ai  
sensi dell'art. 2 della legge N°15 del 15/01/1968, come modificato dall'articolo 3 della legge N°  
127 del 15/05/1997 e successive modificazioni.

Allega alla presente Copia fronte/retro di un documento di riconoscimento e del Codice Fiscale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_