



**Ordine Provinciale di Ferrara
dei Tecnici sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80007590385



Modulo Cancellazione

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (_____), il ____ / ____ / _____, residente in

_____ Via/P.zza _____ n° _____,

CAP: _____ Prov. (_____), iscritto all'albo professionale di questo Ordine al n° _____

Valendomi delle disposizioni di cui all' art. 4 della Legge n°15 del 04/01/1968, e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci degli artt.483, 495 e 496 del codice penale, 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARO

Di non essere sottoposto a procedimenti penali o a procedimenti disciplinari, di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria) _____

Di aver regolarmente pagato i contributi dovuti a questo Ordine Professionale SI NO

Dichiaro inoltre, sotto la mia responsabilità di non esercitare più la professione di _____ a partire dal giorno _____ per collocamento a riposo o volontaria rinuncia.

Si allega:

- 1) Fotocopia del documento di identità e codice fiscale
- 2) Marca da bollo da 16,00 euro

Programmare l'incontro per la consegna del modulo e documenti allegati scrivendo all'indirizzo: ferrara@tsrm.org

Luogo _____, li _____

Firma _____