



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

Corso Giovecca, n. 203
44121 Ferrara
C.F.: 80007590385
Tel e fax 0532-202264
e-mail : ferrara@tsrm.org
PEC: ferrara@pec.tsrm.org

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

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a

nato/ain data

Residente a CAP

via

recapito telefonico cellulare

e-mail personale PEC.....

- consapevole che l'Ordine TSRM PSTRP di Ferrara effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- consapevole altresì, che in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi;
- consapevole, inoltre, delle sanzioni penali di cui all'art. 46 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti;

DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- laurea triennale, titolo equipollente o equivalente;
- regolare iscrizione all'Albo e pagamento della tassa d'iscrizione annua dell'anno in corso;
- aver maturato nel proprio specifico professionale almeno 3 anni di servizio;
- debito ECM assolto nell'ultimo triennio;
- di non essere mai stato cancellato dall'albo di riferimento, di non trovarsi nello stato di morosità e di non essere mai stato sottoposto a provvedimenti disciplinari;

- di non ricoprire il ruolo di Docente, Tutor didattico universitario nel suddetto Corso di Laurea avendo concorso al processo valutativo dello studente;
- di non ricoprire il ruolo di Direttore/Coordinatore delle Attività Formative Professionalizzanti nello stesso CdL dell'Università in cui si svolge la seduta di Laurea. Elencare titoli di studio/abilitazioni professionali

Elencare titoli di studio/abilitazioni professionali

Titolo di studio	Conseguito il	Presso

Iscrizione Albo Professionale

Albo Professionale	numero	Dal (data)	Della Provincia di

Elencare esperienze professionali significative e rilevanti per la professione (è facoltà del professionista allegare anche Curriculum vitae in formato Europeo)

Datore di lavoro (Denominazione e Sede – Via –Città –tel)	Data di as- sunzione	Data di cessazione	Indicare se: - dipendente a tempo indetermi- nato - dipendente a tempo determi- nato - li- bero profession- ista - CoCoCo - Borsa di studio	Qualifica e disciplina	Ambiti specialistici

Data _____

_____ Firma