



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

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



Al Presidente dell'Ordine dei TSRM e PSTRP della Provincia di Ferrara .

Il/La sottoscritto/a

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni,

DICHIARA

di essere nato/aProv..... il ;
di essere residente inProv..... via/p.zza..... ;
Codice Fiscale:di aver conseguito in data
presso la Scuola/Università..... il
Diploma/Laurea di ;
di essere regolarmente iscritto/a all'Ordine Prof.le dei TSRM e PSTRP di..... ;
di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di provenienza e alla Federazione Nazionale Ordini dei TSRM e PSTRP per l'anno, di non aver riportato condanne penali, di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a procedimenti penali e, a titolo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà,

DICHIARA

di essere in servizio presso ;
con la qualifica di..... ;
di non aver riportato condanne penali ;
di aver riportato le seguenti condanne penali
presso l'Autorità Giudiziaria di
di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari e quindi fa **domanda di voler essere iscritto/a a codesto Ordine Professionale dei TSRM e PSTRP per trasferimento.**

Luogo e data.....

Firma.....

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali e a quanto è riportato nel presente Decreto.

Inviare il modulo compilato e firmato tramite e-mail Pec all'indirizzo: ferrara@pec.tsrp.org

allegare Fotocopia del Documento di Identità e Codice Fiscale.

Firma.....