Marca

da

## Bollo

€ 16,00

 Al Sig. Presidente

Collegio Professionale TSRM Ca/Or

 Via F. Alziator, 24

 09126 Cagliari

Il/La sottoscritto/a, preso atto di quanto sopra:

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in\_\_\_\_\_\_\_Via\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

 Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valendomi delle disposizioni di cui all’art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene

stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483,495 e 496 del codice

penale,

DICHIARO

Sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione-attività di **Tecnico Sanitario di Radiologia Medica** a partire dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per

• collocamento a riposo

PER I MOTIVI CHE PRECEDONO

CHIEDO

• LA CONCELLAZIONE DALL'ALBO DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede