



**COLLEGIO PROFESSIONALE DEI TECNICI SANITARI DI  
RADIOLOGIA MEDICA DELLA PROVINCIA DI  
CAGLIARI/ORISTANO**

(istituito ai sensi delle Leggi 4/8/65 n. 1103 e 31/1/83 n. 25)  
Via Alziator, 24 - Tel. e Fax 070300873 09126 Cagliari  
e-mail: [cagliarioristano@tsrm.org](mailto:cagliarioristano@tsrm.org)

Al Presidente  
del Collegio Professionale dei Tsmr di Cagliari/Oristano

Il/la sottoscritto/a Dr. TSRM \_\_\_\_\_  
chiede di essere iscritto/a all'Albo professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica tenuto  
da codesto Collegio. A tal fine

**DICHIARA**

Ai sensi dell'art.2 legge 15/01/1968 n.15, come modificato dall'art.3 legge 15/05/1997 n.127 e  
successive modificazioni

1. Di essere nat... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
2. Di essere residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
N°Tel. \_\_\_\_\_ eventualmente domiciliato in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ N°Tel. \_\_\_\_\_
3. Di essere cittadino \_\_\_\_\_
4. Di aver conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
la Laurea in \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_
5. Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria)
6. Di godere dei diritti civili;
7. Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_
8. Di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Collegio T.S.R.M. (in caso positivo  
indicare quale \_\_\_\_\_)

Allega:

- a) due foto formato tessera uguali e recenti;
- b) ricevuta versamento 168,00 sul c/c n.8003 – intestato all'Ufficio Tasse Concessioni Governative  
Ag. Entrate c. op.vo Pescara, causale: iscrizione albo professionale Collegio Cagliari Oristano;
- c) Fotocopia documento di riconoscimento e del codice fiscale;
- d) Fotocopia della laurea in Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia.
- e) ricevuta versamento euro 120,00 tramite bonifico bancario intestato a Coll. Prof. Tecnici Sanitari Di  
Radiologia - IBAN: IT13G0306904860100000001741 - causale: iscrizione albo professionale.

Data \_\_\_\_\_ Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_

**Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza delle proprie  
responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa secondo quanto disposto dall'art.26 della  
legge 15/68.**