Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione di Cagliari-Oristano

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

DPR 26/10/72
N°642
DM 20/08/92

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Spett. Ordine TSRM PSTRP
di CA-OR

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445

- ☐ di essere nato/a il _____ a _____ Prov. _____
- ☐ di essere cittadino/a _____
- ☐ di essere residente in Via _____
  CAP _____ Città _____ Prov _____
- ☐ di avere i seguenti recapiti telefonici: tel. _____ cell. _____
- ☐ di avere il seguente recapito email: _____
- ☐ di avere il seguente codice fiscale: _____

CHIEDE

LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DI CODESTO ORDINE CON DECORRENZA

DAL 01.01.20__ per (specificare il motivo):

- ☐ **Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, ect.)**
  _____
- ☐ **Altro_____**

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- ☐ Che non intende esercitare la libera professione
- ☐ Di essere in regola con il pagamento delle quote Albo
- ☐ Altro (specificare) _____

Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (Art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine Professionale TSRM PSTRP.

_____, ____/____/_____ Firma leggibile _____

Allegati: fotocopia, fronte e retro, di
un documento di riconoscimento
valido