

**All'Ordine Professionale Interprovinciale dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle
Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e
della Prevenzione della Regione Basilicata**

Via D.Giura, 54 85100 Potenza
potenzamatera@pec.tsrm.org
potenzamatera.tsrm@gmail.com
www.tsrmbasilicata.org

Il/la Sottoscritto/a _____,
consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle
leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

C H I E D E

di trasferire la propria iscrizione *dall'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della regione
Basilicata* all'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni
Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione
_____.

DICHIARA

1. di essere nato a _____ prov.(____) il ___/___/____, come risulta
dall'esibito documento _____ n° _____
rilasciato il _____ da _____.
2. di essere residente a _____ (____) in via/P.za
_____ n° _____ tel./cell. _____.
3. di essere cittadino _____.
4. di godere dei diritti politici. In caso contrario, ovvero di non godere dei diritti politici,
indicare di seguito la motivazione _____.
5. di non aver subito condanne penali e che, per quanto è di sua conoscenza, non vi sono
procedimenti penali in corso. In caso positivo indicare di seguito che ha subito le seguenti
condanne e sono in corso procedimenti _____.
6. di aver conseguito il diploma di abilitazione all'esercizio della professione in data
___/___/____ presso _____ con sede in
_____ Via/P.zza. _____ n° _____ (allega
fotocopia).
7. di essere in possesso del seguente codice fiscale _____.
8. di non essere iscritto precedentemente ad altro ordine TSRM e PSTRP. In caso contrario
indicare, di seguito, quale: _____.

ALLEGA

- Fotocopia di un documento di riconoscimento;
- Fotocopia del Codice Fiscale;
- Fotocopia diploma di abilitazione all'esercizio della professione;

Il sottoscritto impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza chiede che ogni comunicazione gli venga inviata al predetto indirizzo _____@_____.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679 (GDPR) di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Luogo e data

.....

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)