



**Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione.
Torino-Aosta-Alessandria-Asti**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI: 4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3 - C.F. 80102250018

MARCA DA BOLLO
€ 16,00
D.P.R. 642/1972

*Al Presidente
dell'Ordine TSRM PSTRP
della provincia di _____*

*Al Presidente
dell'Ordine TSRM PSTRP
Torino-Aosta-Alessandria-Asti
Corso Galileo Ferraris, 130
10129 TORINO*

Oggetto: Richiesta di Trasferimento Iscrizione all'Albo

Il/La sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ (Provincia di _____) il ____/____/____

Residente a _____ (Provincia di _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

n. tel _____ email _____

iscritto all'Ordine dei TSRM e delle PSTRP della provincia di _____ all'Albo
dei _____
PROFESSIONE SANITARIA dalla data del _____ al n° _____

N.B. TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI – NON SARANNO PRESE IN CARICO DOMANDE CON DATI PARZIALI O MANCANTI

CHIEDE

*in ragione del fatto di lavorare e di avere preso la propria residenza o domicilio nella provincia di _____, il trasferimento dell'iscrizione dall'albo all'Ordine dei TSRM e delle PSTRP di _____
ATTUALE ORDINE DI APPARTENENZA all'Ordine dei TSRM e delle PSTRP di _____
ORDINE DI DESTINAZIONE, come ai sensi della legge vigente, e pertanto prego di inviare all'Ordine di Torino-Aosta-Alessandria-Asti il proprio fascicolo personale.*

_____ li ____/____/____

In fede

Indirizzo: Corso Galileo Ferraris, 130 – 10129 Torino

Tel. 011.657046 - **Fax:** 011.19712012

Sito Internet: <https://tsrm-toaoalat.tech>

Posta elettronica: torinoaosta@tsrm.org

PEC: torinoaostalessandriaasti@pec.tsrm.org