



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
Torino-Aosta-Alessandria-Asti
Corso Galileo Ferraris, 130
10129 TORINO

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO
AUTOCERTIFICAZIONE - (Art. 46 D.P.R. 28 /12 / 2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

codice fiscale _____

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

Residente a _____ (Provincia di _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

eventualmente domiciliato a _____ (Provincia di _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

n. tel _____ Cellulare _____

PEC _____ email _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo dei/degli _____ di codesto Ordine.

A tal fine, 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. 445/2000



DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo abilitante alla professione di _____
conseguito in data ____/____/____ presso _____
- di avere pieno godimento dei diritti civili.
- di NON AVERE carichi pendenti risultanti dal certificato generale del casellario giudiziale;

Torino, _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art.10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzare unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite