



**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

## 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 \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

iscritto all'Ordine dei TSRM e delle PSTRP della provincia di \_\_\_\_\_

all'Albo dei \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

PROFESSIONE SANITARIA

**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

dell'Ordine dei TSRM e delle PSTRP di \_\_\_\_\_ all'Ordine

ATTUALE ORDINE DI APPARTENENZA

dei TSRM e delle PSTRP di \_\_\_\_\_ come ai sensi della

ORDINE DI DESTINAZIONE

legge vigente.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede