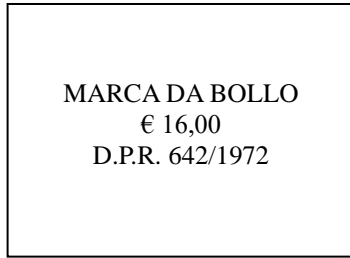




Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Torino . Aosta . Alessandria . Asti

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



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

RINUNCIA ESERCIZIO PROFESSIONE

NORME PER LA CANCELLAZIONE

LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DOVRÀ PERVENIRE TASSATIVAMENTE ENTRO IL 31 OTTOBRE.

La cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione per l'anno in corso anche se presentata il 2 gennaio. Ricevuta la comunicazione e verificata la documentazione il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione ed informerà l'interessato. Si ricorda che saranno accettate esclusivamente le domande di coloro i quali risultino in regola con i pagamenti delle quote annuali. L'iter procedurale richiederà circa 1 mese. Si precisa che una volta cancellati per iscriversi nuovamente si dovrà seguire l'iter come se fosse una prima iscrizione. (Tassa governativa e Quota Annuale Ordine).

Il/La sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

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

Residente a _____ (Provincia di _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

n. tel _____

PEC _____ email _____

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

valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge 04/01/1968 n° 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni degli art. 483, 495 e 496 del codice penale,

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione di _____ a partire dal ____/____/____ per:

collocamento a riposo

volontaria rinuncia.

_____ li ____/____/____

In fede