



ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA
MEDICA, DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE,
DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE.
Provincia di SIRACUSA

Marca da
bollo
16,00 Euro

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ORDINE PROFESSIONALE
TSRM-PSTRP**

**AL PRESIDENTE
DELL' ORDINE DI SIRACUSA**

Il /La sottoscritto/a _____

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445

- di essere nato/a a _____
Prov. _____ il _____
- di essere residente in _____
località _____ Prov. _____
Via/piazza _____ N. _____ CAP _____
- di avere il seguente C.F.: _____
- di avere i seguenti recapiti telefonici Tel: _____ Cell: _____
- di avere il seguente indirizzo Email: _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale dei _____
per:

- Pensionamento dal ____/____/____;
- Per non esercizio della professione dal ____/____/____;
- Altro (Specificare): _____ dal ____/____/____

Il/La sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, **che non intende più esercitare la professione di**

*Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (Art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero.
Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine Professionale TSRM PSTRP.*

Si allega alla presente fotocopia di un documento valido di identità.

Siracusa, _____

Il/La Dichiarante _____

N.B. La domanda deve essere presentata solo dopo l'avvenuta cessazione dell'esercizio della professione.
L'avvenuta cancellazione sarà comunicata all'interessato dalla Segreteria dopo la Delibera del Consiglio Direttivo.