



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

**AL PRESIDENTE
DELL' ORDINE DI SIRACUSA**

p.c. all' Ordine TSRM-PSTRP di _____

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

AUTOCERTIFICAZIONE-(art.46 D.P.R. 28/12/2000, n°445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
Provincia di _____ cittadino/a _____
residente in _____ Comune di _____
Provincia di _____ CAP _____
Via _____ N° _____
Tel _____ Cell. _____
Codice Fiscale N° _____
e-mail _____

DICHIARA

*Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci
(DPR 28/12/2000 n. 445)*

- Di essere in possesso del Diploma/Laurea di _____,
conseguito presso la scuola/Università _____
in provincia di _____
in data _____;
- Di essere iscritto/a all'Albo dei _____
dell'Ordine della Provincia di _____
via _____
CAP _____ città _____;
- Di non aver riportato condanne penali per i quali è previsto la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad
uso amministrativo;
- Di non avere procedimenti penali e provvedimenti disciplinari in pendenza;
- Di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti;
- Di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.L. n.
196/2003

CHIEDE

Di trasferire la propria iscrizione all'Ordine dei TSRM-PSTRP della Provincia di Siracusa, ai sensi dell'art. 2
della legge N°15 del 15/01/1968, come modificato dall'articolo 3 della legge N° 127 del 15/05/1997 e successive
modificazioni

Allega alla presente Copia fronte/retro di un documento di riconoscimento e del Codice Fiscale.

Data _____

Firma