



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Siracusa

Istituito ai sensi delle leggi
4.8.1965 n° 1103, 31.1.1983 n° 25 e 11.1.2018 n° 3
C.F. 80004450898

Nella domanda DEVE essere
apposto il bollo € 16.00
(salvo casi di esenzione)

L'imposta è a carico del richiedente,
ai sensi dell'art. 3, comma 1 della
tariffa (parte prima all. A al D.P.R.
642/72)

Al Presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP
della Provincia di Siracusa

Oggetto: Richiesta certificato iscrizione all'Albo Professionale.

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. (____) il _____ e residente in
Via/P.zza _____ n. _____, CAP _____, Comune

Prov. (____), Telefono _____, e-mail
_____, PEC* _____, iscritto/a al N. _____
dell'Albo Professionale/E.S.E. dei/degli _____
_____ dell'Ordine TSRM e PSTRP della Provincia di Siracusa,

Chiede

- l'emissione del CERTIFICATO di iscrizione all'Albo in bollo;
- l'emissione del CERTIFICATO di iscrizione all'Albo in bollo per l'estero;
- l'emissione del CERTIFICATO di iscrizione all'Albo esente bollo come da D.P.R. n. 642 del 26 ottobre 1972 e successive modificazioni: (indicare la norma di esenzione ovvero l'uso di destinazione).

Luogo e data _____

Firma _____

Si allega documento d'identità in corso di validità come previsto dall'art. 65, co. 1°, lett. c, d.lgs. 82 del 07/03/2005 "Istanze e dichiarazioni presentate alle pubbliche amministrazioni per via telematica".

*obbligatoria