



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

MARCA DA
BOLLO € 16,00
DPR 26/10/72
N°642

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE TSRM-PSTRP DI SIRACUSA
e, p.c., al Presidente dell'Ordine TSRM-PSTRP di _____

DOMANDA DI TRASFERIMENTO
e AUTOCERTIFICAZIONE
(art.46 D.P.R. 28/12/2000, n°445)

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____
a _____, Prov. (____), cittadino/a _____ e
residente nel Comune di _____, Prov. (____), CAP _____,
Via/Piazza _____ n. _____, tel _____,
cell. _____, Codice Fiscale _____,
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 seguente titolo: _____,
conseguito presso la scuola/Università _____ in Provincia di _____
in data _____;
- di essere iscritto/a all'Albo/E.S.E. dei/degli _____
dell'Ordine TSRM-PSTRP di _____;
- 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 qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti;
- di essere informato/a 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, per la seguente motivazione: _____

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

Data _____

Firma _____