



Ordine dei  
Tecnici sanitari  
di radiologia medica  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione  
della Provincia di Rovigo

## Dichiarazione sostitutiva di CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE

(Art. 46 - D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... (Prov .....) il .....  
residente a .....(CAP .....) in  
..... n° .....  
Codice Fiscale .....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

### DICHIARA

di essere iscritto/a all'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP ) della Provincia di Rovigo, sito in Via Einaudi, 57 – 45100 Rovigo

nell'Albo Professionale dei .....

In data: .....con n° di iscrizione: .....

Data .....

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)\* .....

NB: il numero di iscrizione, e data sono pubblicati all'indirizzo: <https://webiscritti.tsrweb.it/Public/Ricercaiscritti.aspx>

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455