



**Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
Delle professioni sanitarie tecniche, della
riabilitazione e della prevenzione
Provincia di Rovigo**

Via Einaudi, 57 – 45100 ROVIGO

AL PRESIDENTE DELL' ORDINE TSRM E PSTRP DI ROVIGO

I sottoscritt ,

nat il / / a prov. ;

residente in prov. Via / P . z a

n. C.A.P. n.Tel. ;

CHIEDE

di essere cancellato dall'Albo Professionale dei in quanto:

I sottoscritt dichiara inoltre, che dalla data suddetta, non esercita e non eserciterà più la Professione di

Rovigo,

Il/La Dichiarante

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3 c. 10 della L. 127/97)

Ricevuta la presente domanda il _____ da _____.