



**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 ,

CHIEDE

di trasferire la propria iscrizione dall' Ordine di
all' Ordine dei TSRM-PSTRP della provincia di Rovigo a tal fine dichiara, di essere in possesso di tutti i necessari requisiti, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR n. 445/00)

1. I sottoscritt , come risulta dal documento d'identità n.
rilasciato da , di essere nat il a
 prov. ;
2. Di essere in possesso del seguente numero di Codice Fiscale ;
3. Di essere residente in prov. Via/P.za
 n. C.A.P. n.Tel. ;
4. eventualmente domiciliato in prov. Via/P.za
 n. C.A.P. n.Tel. ;
5. Di avere il seguente n. cellulare e il seguente contatto email ;
5. Di essere cittadino ;
6. Di godere dei diritti civili;
7. Di aver conseguito in data presso l'Università
 (sede di) il Diploma/Laurea in
 con la votazione di ;
8. Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria);
9. Di essere Dipendente presso n. Tel. ;
10. Allega:
 - a) fotocopia del Documento di riconoscimento
 - b) fotocopia Codice Fiscale

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 _____.

Avvertenza: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/00).