

**ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI  
SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE  
Delle Province di Catanzaro - Crotona - Vibo Valentia**



All'Ordine TSRM PSTRP delle Province di Catanzaro-Crotona-Vibo Valentia

e p.c. all'Ordine \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_l\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di **TRASFERIRE** la propria iscrizione dall'Albo Professionale dell'Ordine TSRM PSTRP di \_\_\_\_\_ all'Albo Professionale dell'Ordine TSRM PSTRP Interprovinciale di Catanzaro-Crotona-Vibo Valentia,

**A - Per Trasferimento residenza** (barrare)

**B - Per trasferimento domicilio** (barrare)

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR n. 445/2000) e consapevole che il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75, DPR n. 445/2000)

**DICHIARA**

ai sensi delle disposizioni dell'art 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- Di essere nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_;
- Di essere residente in \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_ n. C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ eventualmente domiciliato in \_\_\_\_\_ Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso della cittadinanza \_\_\_\_\_;
- Di godere dei diritti civili;
- Di aver conseguito il Diploma/la Laurea abilitante all'esercizio professionale in (denominazione) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ presso la Scuola /l'Università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_;
- Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria): \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_;
- Di essere dipendente presso \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_.

**Il sottoscritto si obbliga a comunicare all'Ordine ogni eventuale variazione di residenza e/o recapito. Allega i**

**seguenti documenti:**

- Fotocopia di un documento di riconoscimento e del Codice Fiscale – Esibire gli originali all'atto dell'presentazione della presente domanda.

**Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla privacy.**

I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione dell'Ordine.

Località e data \_\_\_\_\_

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