

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI TSRM - PSTRP DELLE PROVINCE DI CZ-KR-VV.

Il/a sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ Prov. (___)

C.F. _____

documento di riconoscimento – numero *: _____

residente in via _____ comune di _____ CAP _____
Prov. _____.

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del GDPR 2016/679

DICHIARA Di

essere iscritto all'albo di (specificare la professione) _____ numero di
iscrizione _____ dell'Ordine dei TSRM-PSTRP della Provincia di Verona e di essere in regola con il
pagamento della quota di iscrizione all'Ordine . _____

Luogo, data Firma

*Allega fotocopia documento di riconoscimento

Istituito ai sensi del d.Lgs. C.P.S 233 del 13/9/1946, Legge n° 3 del 11/01/2018
CF: **97066550795**- Cod. Un. Uff. **UFY18J** - Via Vespucci 3, 88100 Catanzaro Lido- Cell: **3899522089**
mail: catanzaro@tsrm.org PEC: catanzaro@pec.tsrm.org

Istituito ai sensi del d.lgs. C.P.S 233 del 13/9/1946, Legge n° 3 del 11/01/2018
CF: **97066550795**- Cod. Un. Uff. **UFY18J** - Via Vespucci 3, 88100 Catanzaro Lido- TL **0961-32227 – 552161**-
Cell. 389/9522089
E-mail: catanzaro@tsrm.org PEC: catanzaro@pec.tsrm.org