

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



**AL Presidente Dell'Ordine TSRM PSTRP Prov. CZ-KR-VV**

OGGETTO: RICHIESTA VARIAZIONE DI RESIDENZA

Il/La sottoscritto/a (\*) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
C.F.: \_\_\_\_\_ iscritto all'albo professionale dei \_\_\_\_\_/  
elenco speciale \_\_\_\_\_ di questo Ordine al n° \_\_\_\_\_

Valendomi delle disposizioni di cui all' art. 4 della Legge n°15 del 04/01/1968, e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci degli artt.483, 495 e 496 del codice penale, 76 del DPR 445 del 28/12/2000 DICHIARO Di aver variato la mia residenza da:

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ), CAP \_\_\_\_\_.

A: Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ), CAP \_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*(allego in calce Documento d'Identità)

---

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](mailto:catanzaro@tsrm.org) PEC: [catanzaro@pec.tsrm.org](mailto:catanzaro@pec.tsrm.org)**