

**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

__l__ sottoscritt _____
nat __il__ / __/__/_____ a _____ Prov. _____; residente
in _____ Via/P.za _____ n. __C.A.P._____
Prov. _____ eventualmente domiciliato in _____
Via/P.za _____ n. _____ C.A.P. _____ Prov. _____
n. Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____;
numero di codice fiscale _____;
Dipendente presso _____,
Attualmente iscritto all'Ordine TSRM PSTRP Prov. CZ-KR-VV,

CHIEDE

La cancellazione della propria iscrizione dall'Albo dell'Ordine TSRM PSTRP Prov. CZ-KR-VV

- ┆ Per Pensionamento dal _____
- ┆ Per non Esercizio della Professione dal _____
- ┆ Altro, *Specificare* _____ dal _____

Il sottoscritto dichiara di essere informato che con la cancellazione NON potrà più esercitare la Professione Sanitaria.

Si allega alla presente:

- 1. copia del Documento di Identità**
- 2. Tessera di Iscritto all'Albo (restituzione)**

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)