

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA
MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE
E DELLA PREVENZIONE DELLA PROVINCIA DI LATINA**

Io sottoscritto _____
Cognome e nome

CHIEDO

di essere cancellato, con decorrenza ____/____/____ dall'Albo Professionale _____ per:

- cessazione dell'attività professionale a decorrere dal _____
- Pensionamento
- Trasferimento all'estero (indicare lo stato estero) _____
- Inattività
- Altro (specificare in dettaglio) _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00

DICHIARO

come risulta dall'esibito documento _____ n. _____
rilasciato il _____ da _____
di essere nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____
e di essere residente in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____
alla via/piazza _____ n. _____
codice fiscale: _____ telefono: _____
e-mail: _____

- di aver regolarmente pagato i contributi dovuti all'Ordine per l'anno corrente;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere sottopost^{o/a} a procedimenti penali o disciplinari

Allego alla presente domanda, fotocopia del **documento d'identità** in corso di validità, fotocopia del **codice fiscale**, nonché il **tesserino originale rilasciato dall'Ordine**.

Sono consapevole che:

1. la presente domanda di cancellazione dev'essere presentata entro il mese di settembre, prima dell'emissione del MAV; la presentazione in data successiva comporta il pagamento dell'intera quota per l'anno solare successivo.
2. nel caso in cui decida di riprendere, a qualunque titolo, l'attività, ho l'obbligo di preventiva re-iscrizione all'Albo Professionale tramite il presente Ordine.

Autorizzo l'Ordine al trattamento dei dati personali, in conformità alle disposizioni previste dal Decreto Legislativo N° 196 del 30 Giugno 2003 – (Codice in materia di protezione dei dati personali) e GDPR Regolamento UE n. 679/2016.

_____ lì _____
Località data Firma

Firma leggibile