

Al Presidente dell'Ordine dei Tecnici Sanitari di
Radiologia Medica e delle Professioni
Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e
della Prevenzione della Provincia di Latina
Viale XXI Aprile, 53 – C.P. 145
04100 Latina

MARCA DA
BOLLO
€ 16

Oggetto: Richiesta di iscrizione all'Albo Professionale per trasferimento

Io sottoscritto _____
Cognome e Nome

CHIEDO

di essere **iscritto** all'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della Provincia di Latina **per trasferimento** e, a tal fine, ai sensi dell'art. 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'allegato documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

di essere nat ____ a _____ (Prov.) _____ il _____

di essere residente in _____ (Prov.) _____ C.A.P. _____

alla via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale: _____ Telefono: _____

e-mail: _____ e-mail pec: _____

di essere in servizio presso _____

Recapito postale dell'Ente: Via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____

di essere iscritto presso l'Ordine Professionale dei T.S.R.M. P.S.T.R.P. della provincia di _____

Via _____ Tel. _____ fax _____

e-mail, _____ Albo _____ con il numero _____

DICHIARO INOLTRE

1. di non aver mai riportato condanne penali, ne di aver procedimenti penali o disciplinari in corso
2. di non essere mai stato nelle situazioni di inadempienza, nei confronti dell'Ordine di appartenenza, per i pagamenti relativi all'iscrizione all'Albo.

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.

_____, li, _____

In fede _____
Firma