



**ORDINE DEI TECNICI
SANITARI DI RADIOLOGIA
MEDICA E DELLE
PROFESSIONI SANITARIE
TECNICHE, DELLA
RIABILITAZIONE E
DELLA PREVENZIONE**

PROVINCIA DI FOGGIA

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:

4.8.1965, n. 1103,31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

C.F. 80034410714

Sito internet: www.ordinetsrmpstrpfoggia.it

Indirizzo: Viale Manfredi, 72 – Foggia

Email: info@tsrmfoggia.org

Pec: tsrmfoggia@pec.it

MARCA DA BOLLO

Al Presidente dell'Ordine Tsm e Pstrp di Foggia

tsrmfoggia@pec.it

info@tsrmfoggia.org

Oggetto: Richiesta di cancellazione dall'Albo Professionale

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) CAP _____

via _____ n. _____

cell. _____ e-mail _____

iscritto/a dal ____/____/____ al n. _____ dell'Albo dei _____

tenuto presso quest'Ordine, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

CHIEDE

la cancellazione dal suddetto Albo per la seguente motivazione:

A tal fine, dichiara di aver già versato i contributi dovuti all'Ordine per l'anno in corso. È altresì consapevole che lo svolgimento della professione senza iscrizione al rispettivo Albo costituisce il reato di "abuso di professione", ed è compito di questo Ente la segnalazione agli organi competenti.

Si allegano:

- copia fronte/retro di valido documento di riconoscimento;
- marca da bollo da € 16.

Data _____

In fede _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo si acconsente al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti del suddetto Decreto.