



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

Al Presidente
dell'Ordine TSRM 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 (sedici).**

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.