



**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
Viale Manfredi, 72 - Foggia
tsrmfoggia@pec.it
www.ordinetsrmpstrpfoggia.it

Al Presidente
dell'Ordine TSRM – PSTRP
Della Provincia di Foggia

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.