



**Ordine dei Tecnici sanitari  
di radiologia medica e delle  
professioni 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  
[tstrmfoggia@pec.it](mailto:tstrmfoggia@pec.it)  
[www.ordinetsrmpstrpfoggia.it](http://www.ordinetsrmpstrpfoggia.it)

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

**Oggetto:** rilascio tesserino di iscrizione all'Ordine

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 l'Ordine TSRM-PSTRP della provincia di Foggia, 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

Il rilascio del proprio tesserino di iscrizione all'Ordine TSRM-PSTRP della provincia di Foggia. Alla presente richiesta **allega copia fronte/retro di un proprio valido documento di riconoscimento.**

Il/La sottoscritto/a, impossibilitato/a per motivi personali a recarsi presso la sede dell'Ordine,

DELEGA

il ritiro del tesserino di iscrizione al/alla sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

con la qualifica di \_\_\_\_\_.

**Si allega copia fronte/retro di un valido documento di riconoscimento del delegato.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_