

Dichiarazione sostitutiva di CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROFESSIONALE

(Art. 46 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ CAP _____

IN Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n.445/2000

DICHIARA

Di essere iscritto/a all'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP) di Ravenna, sito in Piazza Bernini n.2 – 48124 Ravenna, nell'Albo Professionale dei _____
al n° _____ dal _____

L'iscrizione all'Albo professionale è verificabile al seguente link pubblico:

<https://albo.alboweb.net/registry/search>

Data _____

Firma del Dichiarante (per esteso e leggibile) *

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art.37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

*Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente a mezzo PEC o a mezzo posta (Racc. A/R/)