



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
RAVENNA



DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Al Presidente
Ordine TSRM-PSTRP di Ravenna
Piazza Bernini n.2
48124 Ravenna

Io sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. ()
residente in Via/Piazza _____
cap _____ città _____
cell. _____ email _____
iscritto all'Albo dei _____
Elenco Speciale _____ di questo Ordine al n° _____

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della Legge n.15 del 04/01/1968, e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci degli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale, 75 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARO

Di non essere sottoposto a procedimenti penali o a procedimenti disciplinari, di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria)

Di aver regolarmente pagato i contributi dovuti a questo Ordine Professionale ☐ Si ☐ No

Dichiaro inoltre, sotto la mia responsabilità di non esercitare più la professione di

_____ dal giorno _____

☐ Per collocamento a riposo

☐ per volontaria rinuncia

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30/06/2003, n.196 art.13 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed artt. 13 e 14 Regolamento (UE) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, _____

_____ (firma per esteso del dichiarante)

Rimane in capo al Professionista l'obbligo della consultazione della propria PEC fornita dall'Ordine sino alla disattivazione della stessa.