



**Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia
Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche
della Riabilitazione e della Prevenzione
Provincia di VARESE**

Istituito ai sensi delle leggi 4.8.1965 n° 1103, 31.1.1983 n° 25 e 11.1.2018 n°
3
C.F. 80100630120

MARCA DA
BOLLO € 16,00
DPR 26/10/72
N°642

**DOMANDA PER LA RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE
ALL'ALBO**

Da inoltrare via PEC a: varese@pec.tsrp.org

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____ ()
RESIDENTE A _____	()
CAP _____	VIA _____
TEL. _____	E-MAIL _____

ALBO PROFESSIONALE:

Chiede il rilascio del certificato di iscrizione all'Albo dell'Ordine TSRM-PSTRP di Varese, per gli usi consentiti dalla legge

È consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/3 sulla privacy.
I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione interna.

Data _____

Firma _____