



Ordine
dei Tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
Varese

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

DOMANDA DI TRASFERIMENTO ALL'ORDINE TSRM e PSTRP VARESE

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 _____
CODICE FISCALE _____	

ALBO PROFESSIONALE:

Attualmente iscritto all'Ordine TSRM e PSTRP

di _____

Chiede l'iscrizione all'Ordine TSRM e PSTRP di Varese

(il trasferimento avrà decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta)

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 _____