



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 VERSO ALTRO ORDINE

Da inoltrare via PEC a: varese@pec.tsrp.org e alla pec dell'Ordine di destinazione

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 Varese
chiede il trasferimento verso l'ordine TSRM e PSTRP
di _____

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 _____