



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 CANCELLAZIONE 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 Varese

Chiede l'annullamento e la cancellazione della propria iscrizione all'Ordine TSRM e PSTRP di Varese per i seguenti motivi:

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 _____