



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

*Da inoltrare via PEC a: [varese@pec.tsrn.org](mailto:varese@pec.tsrn.org)*

Il/La sottoscritto/a

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

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

\_\_\_\_\_