



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

I

Varese ___/___/___

Al
PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI TSRM-PSTRP
DELLA PROVINCIA DI VARESE

Oggetto: DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ

Il/La sottoscritto/a

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

ALBO PROFESSIONALE:

- **VISTO** il DLCPS n. 233 del 13/09/1946, del DPR n.221 del 05/04/1950 e del Regolamento Interno all'Ordine Titolo II art. 8;
- **VISTO** il decreto del Ministro della Salute 15 marzo 2018, pubblicato con comunicato sulla Gazzetta Ufficiale del 3 aprile 2018, n.77, avente per oggetto "Procedure elettorali per il rinnovo degli organi delle professioni sanitarie";
- **VISTO** il regolamento elettorale vigente della Federazione Nazionale degli Ordini TSRM-PSTRP art. 7.

DICHIARO

la mia disponibilità a svolgere l'incarico di componente del Seggio Elettorale per le Elezioni delle Commissioni di Albo dell'Ordine TSRM-PSTRP di Varese.

**IN CASO DI MODIFICA DELLA DISPONIBILITÀ SI PREGA DI COMUNICARLO ALLA E-MAIL VARESE@TSRM.ORG
CON CONGRUO ANTICIPO**

in fede

Riservato all'ufficio

Ricevuto il _____ alle ore _____

IL PRESIDENTE