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

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 del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti per il quadriennio 2027-2030

in fede

_____

Riservato all'ufficio

Ricevuto il _____ alle ore _____

IL PRESIDENTE

_____

Via Mercantini, 17 – 21100 VARESE
Istituito ai sensi delle leggi 4.8.1965 n° 1103, 31.1.1983 n° 25 e 11.1.2018 n° 3
C.F. 80100630120
Tel. +39 0332 282854
Sito Internet: www.tsrmpstrpvarese.it
Posta elettronica: varese@tsrm.org PEC: varese@pec.tsrm.org
Gli uffici sono aperti il MARTEDI e il GIOVEDI dalle ore 17,00 alle ore 19,00