

Al Presidente dell'Ordine
dei Tecnici Sanitari Di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
della Provincia di Brindisi
Via Veneto n° 2 - 72100 Brindisi

Oggetto: **CANCELLAZIONE DALL'ALBO**

Il / La sottoscritt _____

nat. il ____/____/____ a _____ prov. _____

residente in _____ prov. _____

in Via/P.za _____ n. ____ sc. ____ int. ____

C.A.P. _____

N.Tel. _____

eventualmente domiciliato in _____ prov. _____

in Via/P.za _____ n. ____ sc. ____ int. ____ C.A.P. _____

CHIEDE

La cancellazione* dell'albo dell'Ordine dei TSRMPSTRP a partire dall'anno _____

Il sottoscritto dichiarare di essere informato che con la cancellazione non potrà più esercitare la
Professione di _____

Si allega alla presente una copia non autenticata della carta di identità in corso di validità
ed una Marca da Bollo da €16. Cordiali Saluti

_____ data ____/____/____

Il/La dichiarante

(*) La richiesta di cancellazione deve avvenire entro il mese di Novembre, per avere validità per l'anno successivo.