



ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE DELLA PROVINCIA DI BRINDISI

Istituito ai sensi delle Leggi 04.08.1965 n. 1103, 31.01.1983 n. 25 e 11.01.2018 n. 3 Cod. Fisc. 91008040742

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 Tor Pisana N° 98 - 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.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento (UE) n. 2016/679 GDPR. Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste, nel caso di dichiarazione mendace, dall'art. 26 della legge n. 15/1968 e sulla tutela dei dati personali ai sensi dell'art. 10 della legge n.657/1996, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto riportato in questo modulo corrisponde a verità.