



**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 TSRM PSTRP
della Provincia di BRINDISI

Oggetto: Rilascio tessera di iscrizione all'Ordine

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente in _____

via _____ n. _____

PEC _____

Codice Fiscale

iscritto/a all'Albo Professionale _____

_____ dell'Ordine dei

Tecnici Sanitari Di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della

Prevenzione della Provincia di Brindisi dal ____/____/____ al numero _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, e con finalità di autocertificazione, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

il rilascio della propria tessera di iscrizione all'Ordine TSRM PSTRP della provincia di Brindisi. Alla presente richiesta allego copia fronte/retro di un proprio valido documento di riconoscimento.

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso ed eleggere agli effetti di ogni comunicazione con l'Ordine TSRM PSTRP l'indirizzo PEC sopra indicato riservandosi di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dello stesso.

_____ li ____/____/____

Firma

Il / La sottoscritto /a _____ autorizza ai sensi del Reg. UE 2016/679 al trattamento dei dati personali da parte dell'ORDINE TSRM PSTRP BRINDISI e di aver preso visione dell'informativa privacy di cui all'art 13 del Reg. UE 2016/679. Sono consapevole e sono stato informato di poter revocare il consenso in qualunque momento.

_____ li ____/____/____

Il/La dichiarante