



Ordine dei
Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica
e delle Professioni
Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione
e della Prevenzione
della Provincia di
Siena

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80006650529

Il/la sottoscritto/a _____

Residente in _____ Provincia _____

via _____

Nato/a a _____ Il _____

C.F. _____

Iscritto /a a codesto Ordine Professionale presso l'Albo di _____

CHIEDE

La cancellazione dall'albo Professionale

DICHIARA

___ Di essere pensionato/a dal _____ lavorava presso _____

___ Di aver cessato di esercitare la professione in data _____

Dichiara, inoltre, che non svolgerà la relativa attività professionale né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, né quale volontario.

Data _____

Firma _____

