



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

MODULO RICHIESTA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

Il/La sottoscritto/a,

Cognome _____ nome _____

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

di essere nato/a _____ Prov _____ il _____

di essere residente in _____ Prov _____ via/p.zza _____

Codice Fiscale: _____

Di aver conseguito la laurea/diploma universitario in data: _____

presso l'Università di: _____

di essere regolarmente iscritto/a all'albo dei _____

dell'Ordine di _____

Di essere in regola con i pagamenti della tassa di iscrizione dell'Ordine di provenienza;

di non aver riportato condanne penali, di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a

procedimenti penali, di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari;

di avere avere la propria residenza lavorativa presso _____

fa domanda di essere iscritto all'albo dei _____ di codesto Ordine

Luogo e data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali e a quanto è riportato nel presente Decreto. Firma _____

