



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 NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO ORDINE

Il sottoscritto,

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data _____

Iscritto all'albo dei _____

Chiede il rilascio al nulla osta di trasferimento presso l'ordine di:

Dichiara di essere in regola con i pagamenti della tassa di Iscrizione.

Data e luogo _____

Firma _____

