



**Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni
Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione
di Reggio Calabria**

Al Presidente
dell'Ordine TSRM PSTRP di Reggio Calabria

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ il __/__/____ a _____ Prov. _____
residente in _____ Via/P.za _____ n. _____
C.A.P. _____ Prov. _____ eventualmente domiciliato in _____
Via/P.za _____ n. _____ C.A.P. _____ Prov. _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____
numero di codice fiscale _____;
Dipendente presso _____

Attualmente iscritto all'Ordine TSRM PSTRP di Reggio Calabria,

CHIEDE

La cancellazione della propria iscrizione dall'Albo dell'Ordine TSRM PSTRP di Reggio Calabria

- ◆ Per Pensionamento dal _____
- ◆ Per non Esercizio della Professione dal _____
- ◆ Altro, Specificare _____ dal _____

**Il sottoscritto dichiara di essere informato che con la cancellazione NON potrà più esercitare la
Professione Sanitaria.**

Si allega alla presente:

- a) copia del Documento di Identità
- b) Tessera di Iscritto all'Albo (restituzione)

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla privacy.

I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione dell'Ordine.

Località e data _____ Il/La Dichiarante _____

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3 c.10 della L. 127/97)