



Ordine Interprovinciale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione
Catanzaro-Crotone-Vibo Valentia

Al Presidente
del Ordine TSRM PSTRP Prov. CZ-KR-VV

_____, sottoscritt _____
nato il ____/____/____ a _____ Prov. _____
attualmente iscritto all'Ordine TSRM PSTRP Prov. CZ-KR-VV, n. _____,

COMUNICA LA VARIAZIONE DI RESIDENZA

Dichiara di essere residente in _____
Via/P.za _____ n. _____ C.A.P. _____
Prov. _____ n° Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____

Comunica inoltre il seguente domicilio (eventuale, se diverso dalla residenza) da utilizzare come recapito postale per l'invio delle comunicazioni da parte dell'Ordine: Città _____
Via/P.za _____ n. _____ C.A.P. _____ Prov. _____

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)