

**Al Collegio Professionale
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
della Provincia di Roma**
Via Casal Bertone 108 - 00159 Roma
Tel 06.43533058 – Fax 06.43533471

Oggetto: cancellazione dell'Albo Professionale

Il sottoscritto.....

Nato il.....a.....(.....)

Residente aVia/P.zza.....

n.....tel.....

C H I E D E

Di essere cancellato dell'Albo Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica

In quanto.....

Il sottoscritto dichiara inoltre, che dalla data suddetta, non esercita e non eserciterà più la

Professione di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica.

Roma.....

In fede

.....