

Marca
da
Bollo

**COLLEGIO PROFESSIONALE TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIAMEDICA
DELLA PROVINCIA DI ROMA**

Il sottoscritto _____

CHIEDE:

di **trasferire** la propria iscrizione dall'Albo dei T.S.R.M. di _____
all'Albo Professionale dei **Tecnici Sanitari di Radiologia Medica** della provincia di **Roma**
a tal fine dichiara, di essere in possesso di tutti i necessari requisiti, certificando, sotto la propria responsabilità,
consapevole ed ammonito delle sanzioni penali previste dall'articolo 26 della Legge 4 Gennaio 1968 n°18, per la
presentazione di atti falsi o dichiarazioni mendaci.

- 1) Il sottoscritto, come risulta dall'esibito documento _____ n° _____
rilasciato il _____ da _____, di essere nato a _____
(prov. _____) il _____ e di essere residente in _____ (cap _____)
Via/P.za _____ n° _____ Tel. _____
- 2) di essere cittadino _____
- 3) di godere dei diritti politici (ovvero di non godere dei diritti politici perché _____)
- 4) di non aver subito condanne penali e che, per quanto è di sua conoscenza, non vi sono procedimenti penali in corso
(ovvero che ha subito le seguenti condanne e sono in corso procedimenti _____)
- 5) di aver conseguito il diploma di abilitazione all'esercizio della professione di Tecnico Sanitario di Radiologia
Medica il _____ presso _____
con sede in _____ Via/P.zza _____ n° _____
(ovvero di cui allegata fotocopia)
- 6) che il suo codice fiscale è _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza e chiede che ogni
comunicazione gli venga inviata al predetto indirizzo (presso _____);

ALLEGA:

- fotocopia di un documento di riconoscimento;
- fotocopia del Codice Fiscale;

Roma, _____

Firma _____

Ammonito ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n.15 Rilevata l'identità personale del documento esibito.

Ricevuta la presente domanda il: _____