



**Ordine dei
Tecnici sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione di
Genova, Imperia e Savona**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80043590100

Al Presidente dell'Ordine TSRM PSTRP
della provincia di _____

Al Presidente dell'Ordine TSRM PSTRP
di Genova, Imperia e Savona

Trasmettere via PEC MAIL o raccomandata A/R

Oggetto: Richiesta di trasferimento iscrizione all'Albo

Il/La sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale: _____

nato/a a _____ (Prov _____) il ____ / ____ / ____

Residente a _____ (Prov _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

tel _____ e-mail _____

e-mail PEC _____

iscritto all'Albo dei (*professione*) _____

dell'Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della
prevenzione e della riabilitazione della Provincia di _____

al n° _____ dal _____

a seguito del trasferimento di :

- domicilio professionale prevalente**
- propria residenza**

nella Provincia di _____

CHIEDE

il trasferimento dell'iscrizione

dall'Albo dei _____

dell'Ordine TSRM PSTRP della Provincia di _____

all'albo dei _____

dell'Ordine TSRM PSTRP della Provincia di _____

ai sensi delle normative vigenti.

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/3 sulla privacy.

(luogo e data)

(firma leggibile)

ALLEGATO: fotocopia documento di riconoscimento