



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

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Istruzioni

Per richiedere la cancellazione è necessario inviare richiesta all'Ordine di appartenenza, tramite raccomandata o PEC, indicando i propri dati e la motivazione (pensionamento, ecc.).

AL FINE DI EVITARE IL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE RELATIVA ALL'ANNO DI COMPETENZA OCCORRE CHE LA RICHIESTA DI CANCELLAZIONE VENGA FATTA PERVENIRE ALL'ORDINE TASSATIVAMENTE ENTRO IL 30 OTTOBRE DELL'ANNO PRECEDENTE A QUELLO A CUI SI VOGLIONO RIFERIRE GLI EFFETTI DELLA CANCELLAZIONE.

Ricevuta la comunicazione il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione e successivamente informerà l'interessato; è fatto salvo il diritto al recupero delle somme relative alle quote pregresse eventualmente non pagate.

ATTENZIONE:

SE AL 1 GENNAIO SI RISULTA ISCRITTI ALL'ALBO SI DOVRA' CORRISPONDERE LA QUOTA DI ISCRIZIONE DEL RELATIVO NUOVO ANNO (LA TASSA DI ISCRIZIONE NON E' FRAZIONABILE)

Si precisa che una volta che sia intervenuta la cancellazione, per iscriversi nuovamente, si dovranno pagare sia la tassa di concessione governativa che la quota annuale dell'Ordine.

In allegato domanda di cancellazione da compilare e spedire



**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
di Genova, Imperia e Savona**

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a il/...../..... Prov.....
residente a Pro.....
in via civico CAP.....
codice fiscale
Tel Cell E-mail

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale dei /degli (indicare la professione)
.....
dell'Ordine TSRM PSTRP di Genova, Imperia, Savona.

Sotto la mia personale responsabilità dichiaro di non esercitare più la professione/attività di
.....
a partire dal ____/____/_____ per i seguenti motivi:

- collocamento a riposo
- dimissioni volontarie dall'impiego
- altri motivi (indicare le ragioni relative alla cessazione della professione/attività)
-

ALLEGA: - fotocopia documento di riconoscimento

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/3 sulla privacy. I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione dell'Ordine.

Data.....

Firma leggibile

.....