



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

Precisazioni

Per richiedere la cancellazione dall'Albo Professionale è necessario inoltrare la domanda specifica (*vedi allegato*) all'Ordine TSRM e PSTRP di Genova, Imperia e Savona, tramite raccomandata R/R (Via XX Settembre 40/3 A – 16121- Genova) o PEC (genovaimperiasavona@pec.tsrsm.org), compilandola in tutti i campi.

AL FINE DI EVITARE IL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE RELATIVA ALL'ANNO SUCCESSIVO OCCORRE CHE LA RICHIESTA VENGA FATTA PERVENIRE ALL'ORDINE TASSATIVAMENTE ENTRO E NON OLTRE IL 30 NOVEMBRE DELL'ANNO IN CORSO.

ATTENZIONE:

- 1 non esiste alcun automatismo fra il collocamento in quiescenza da parte di un Ente Pubblico o privato e chiusura partita IVA e la cancellazione dall'Ordine;
- 2 per essere cancellati occorre essere in regola con il versamento dei tributi annuali degli anni precedenti e di quello in corso;
- 3 **se al 1 gennaio si risulta iscritti all'Ordine si dovrà corrispondere la quota di iscrizione dell'anno per intero (la quota non è frazionabile).**

Ricevuta la comunicazione il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione e successivamente informerà l'interessato.

Si precisa che una volta che sia intervenuta la cancellazione, per iscriversi nuovamente, dovrà essere ripetuta l'intera procedura di iscrizione che prevede il versamento della tassa di concessione governativa, dei diritti di segreteria oltre che della quota annuale di iscrizione.

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 ail/...../..... Prov.....
residente a Pro.....
in via civico CAP.....
codice fiscale
Cell E-mail

CHIEDE

**la cancellazione dall'Albo Professionale/Elenco speciale ad esaurimento 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

.....