



**Ordine dei  
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione  
della Provincia di Brescia**

AL PRESIDENTE  
DELL'ORDINE T.S.R.M.-P.S.T.R.P. DI BRESCIA

Il/La sottoscritt... \_\_\_\_\_ nat... il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ e

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via / piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

avente il codice fiscale \_\_\_\_\_ e n° tel. \_\_\_\_\_

valendomi delle disposizioni di cui agli art. 4 e 26 della Legge 04/01/1968 n°15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni degli art. 483, 495 e 496 del codice penale

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità di non esercitare più la professione di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a partire dal \_\_\_\_\_ per

**collocamento a riposo o volontaria rinuncia.**

Brescia, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_