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… _____ chiede di essere iscritt… all'Albo professionale per _____ tenuto da codesto Ordine.

A tal fine, ai sensi dell'art. 2 della legge 15/01/1968 n. 15, come modificato dall'art. 3 della legge 15/05/1997 n. 127 e successive modifiche,

DICHIARA

-- di essere nat… il _____ a _____ prov. _____

-- di essere residente a _____ prov. _____

in via / piazza _____ n° _____ sc. ____ int. ____

c.a.p. _____ n° tel. _____ n° cell. _____

-- di essere eventualmente domiciliato a _____ prov. _____

in via / piazza _____ n° _____ sc. ____ int. ____

c.a.p. _____ n° tel. _____

-- di avere il seguente indirizzo di posta elettronica _____

-- di essere cittadino _____

-- di aver conseguito il _____ presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di _____

la Laurea in _____ con la votazione di _____

-- di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria: _____)

-- di godere dei diritti civili

-- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____

-- di non essere stato iscritto in precedenza ad altro Ordine T.S.R.M.-P.S.T.R.P. (in caso positivo indicare quale: _____)

-- di essere dipendente presso _____ n° tel. _____

Allega:

a) due foto formato tessera uguali e recenti, di cui una autenticata in carta semplice (*)
b) ricevuta del versamento di € 51,65 sul c.c.p. n° 15906258 intestato a "Ordine TSRM-PSTRP di Brescia"
c) ricevuta del versamento di € 168,00 sul c.c.p. n° 8003 intestato all'Ufficio Tasse Concessioni Governative di Roma.

Brescia,_____ Il/La dichiarante _____

Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa secondo quanto disposto dall'art. 26 della legge 15/68.
(*) L'autenticazione della fotografia può essere effettuata direttamente allo sportello.

indirizzo: via Casazza n°28, 25136 Brescia
tel. / fax: 030-2092255 - *sito internet*: www.tsrm.it
posta elettronica: brescia@tsrm.org - *P.E.C.*: brescia@pec.tsrm.org

EFRS EUROPEAN FEDERATION OF RADIOGRAPHER SOCIETIES