



**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 _____ (cognome e nome)

C.F. _____ nato/a il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. (___)

in via / piazza _____ n° _____ c.a.p. _____

n° tel. _____ PEC _____

Comunica la sostituzione della PEC fornita dall'Ordine _____

con la presente PEC _____

Pertanto AUTORIZZA

- Il Presidente dell'Ordine TSRM-PSTRP di Brescia alla disattivazione e chiusura della casella PEC fornita gratuitamente dal presente Ordine.
- Al 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 interna.
- Una volta inviata la richiesta non sarà più possibile accedere alla casella PEC, si invita a fare un trasferimento dati prima della richiesta di chiusura
- L'invio del presente modulo deve avvenire esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo brescia@pec.tsrn.org

In fede, (firma)

Brescia, il _____
