



**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 _____

Regolarmente iscritt* all'Albo dei _____ al n. _____

CHIEDO e AUTORIZZO

- **Il Presente dell'Ordine TSRM-PSTPR alla modifica della data inizio dell'obbligo formativo ECM presente sul portale Co.Ge.A.P.S. come segue:**

Data conseguimento titolo abilitante _____

Oppure

Data iscrizione Ordine _____

- ai sensi e per gli effetti del D.L.gs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali per le finalità in oggetto.
- L'invio del presente modulo deve avvenire esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo brescia@pec.tsrn.org

In fede, (firma)

Brescia, il _____
