



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

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 esercitare la professione di _____

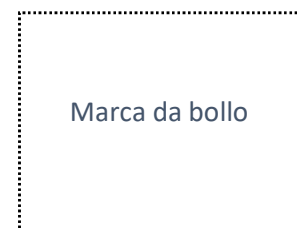
SI AUTORIZZA IL PRESIDENTE DELL'ORDINE

- All'iscrizione all'Albo dei _____ presso l'Ordine TSMR-PSTRP di Brescia.
- 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.

Campo obbligatorio, selezionare la propria scelta:

- Comunico la mia PEC personale attiva è: _____
- NON sono in possesso di una PEC personale, pertanto autorizzo all'attivazione della PEC fornita gratuitamente dall'Ordine.

- In allegato alla presente si richiede copia della ricevuta di pagamento della tassa di concessione governativa (168 euro), diritti di segreteria (36 euro) e copia della ricevuta delle quote precedentemente insolute.



Brescia, lì
(firma per esteso)

in fede
