



MARCA DA BOLLO € 16

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI
RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE,
DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE di BERGAMO**

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A TSRM - PSTRP _____

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge n. 15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e dell'art. 2 del DPR n. 403/1998

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Albo | <input type="checkbox"/> Assistenti Sanitari | <input type="checkbox"/> Tecnico audioprotesista |
| <input type="checkbox"/> Elenco Speciale | <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro |
| | <input type="checkbox"/> Educatore professionale | <input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica |
| | <input type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Tecnico di neurofisiopatologia |
| | <input type="checkbox"/> Igienista dentale | <input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico |
| | <input type="checkbox"/> Logopedista | <input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di laboratorio biomedico |
| | <input type="checkbox"/> Ortottista ed assistente di oftalmologia | <input type="checkbox"/> Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva |
| | <input type="checkbox"/> Podologo | <input type="checkbox"/> Terapista occupazionale |
| | | <input type="checkbox"/> TSRM |

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI DICHIARA DI ESSERE: (a)

Nato/a a: (b) _____ il: _____ Cittadino/a: (d) _____

Codice fiscale: _____ Cellulare: _____ E-mail: _____ PEC: _____

Residente in (c): Via/Piazza _____

Comune: _____ Provincia: _____ CAP: _____

- Di essere regolarmente iscritto all'Albo dell'Ordine TSRM – PSTRP di _____ al numero _____ dal _____
e di essere in regola con il pagamento delle quote annuali dovute all'ordine di provenienza
- Di avere **IL PROPRIO DOMICILIO PROFESSIONALE** (luogo di lavoro abituale) in _____
- Di aver conseguito il seguente titolo di studio: _____
- Presso _____
- in data: _____ con votazione: _____

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, DICHIARA (a):

- Di avere il pieno godimento dei diritti civili e politici; Di non avere precedenti penali;
- Di avere i seguenti precedenti penali: _____
- Di non essere sottoposto a procedimento disciplinare; Di non essere sospeso dall'esercizio della professione;

E FA DOMANDA DI ESSERE ISCRITTO A CODESTO ORDINE

Data _____

Firma (g): _____

Avvalendosi della normativa prevista dalla L. 4 gennaio 1968, n. 15, dalla L. 7 agosto 1990, n. 241 e dalla L. 15 maggio 1997, n. 127 edel D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403 allega i seguenti documenti:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità in carta libera.
- Fotocopia del numero di codice fiscale.

a) Barrare la casella posta a fianco delle singole dichiarazioni

b) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato Estero in cui si è nati.

c) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a o il domicilio professionale.

d) Indicare "Italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.

e) Indicare luogo e data del conseguimento dell'abilitazione.

f) Da sbarrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione del Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.

g) SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE O SEGRETARIO DELL'ORDINE, OPPURE, SE INVIATA PER POSTA 0 PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO