



**Ordine**  
dei tecnici sanitari di radiologia medica  
e delle professioni sanitarie tecniche,  
della riabilitazione e della prevenzione  
**BERGAMO**

ISTITUITA AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983  
n. 25 e 11.1.2018, n. 3

MARCA DA  
BOLLO € 16,00  
DPR 26/10/72  
N°642

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE  
ALL'ORDINE TSRM e PSTRP BERGAMO PER DECESSO**

Da inoltrare via PEC a: [bergamo@pec.tsrn.org](mailto:bergamo@pec.tsrn.org)

**Il/La sottoscritto/a**

COGNOME..... NOME.....  
DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA..... (.....)  
RESIDENTE A..... (.....) CAP..... VIA.....  
TEL. ....  
E-MAIL .....

CODICE FISCALE .....

**In qualità di erede dell'iscritto all'Ordine TSRM e PSTRP di Bergamo**

COGNOME.....NOME.....  
DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA..... (.....)  
RESIDENTE A..... (.....) CAP..... VIA.....  
CODICE FISCALE .....

**Chiede l'annullamento e la cancellazione** dell'iscrizione all'Ordine TSRM e PSTRP di Bergamo per  
decesso Albo \_\_\_\_\_

del proprio congiunto

Con la presente autorizzo il 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_