



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**

CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE A SEGUITO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A TSRM - PSTRP _____

Iscritto/a all'albo professionale di questo Ordine, 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"/> TSRM | <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"/> Tecnico audiometrista | <input type="checkbox"/> Tecnico di fisiop. cardioc. e perfusione cardiovascolare |
| | | <input type="checkbox"/> Massofisioterapista |

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ DICHIARA

- che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive della cancellazione ed in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o disciplinare di cui all'art. 11 del DPR n. 221/1950
- di non esercitare la libera professione dal _____
- di esser in regola con il versamento delle quote, compresa quella dell'anno in corso

**AL FINE DI ESSERE CANCELLATO DALL'ALBO PROFESSIONALE DI CODESTO ORDINE
RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE**

CON DECORRENZA DAL (a) _____

Luogo e data: _____

Firma (b):

- a) è in facoltà dell'interessato/a indicare che rinuncia all'iscrizione a decorrere da una determinata data, che dovrà comunque essere successiva all'atto di rinuncia.
- b) POICHÉ L'ATTO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE CONTIENE UNA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATO PER POSTA O PER VIA TELEMATICA, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.
- c) Se in possesso del tesserino di riconoscimento (e/o del sigillo professionale) lo stesso dovrà essere restituito entro il termine indicato al punto (a).