

DOMANDA DI TRASFERIMENTO**ALL'ORDINE TSRM PSTRP
MILANO-COMO-LECCO-LODI-MONZA BRIANZA-SONDRIO***Da inoltrare m/fax: 02 55184876, e-mail: milano@pec.tsrn.org***Il/La sottoscritto/a**

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____ PRO _____
RESIDENTE A _____	PRO _____
CAP _____	VIA _____
TEL. _____	CELL. _____ E-MAIL _____
CODICE FISCALE _____	

DIPENDENTE <input type="checkbox"/>	COLLABORATORE <input type="checkbox"/>	ALTRO <input type="checkbox"/>	DAL _____
ENTE <input type="checkbox"/>	AZIENDA <input type="checkbox"/>	_____	DI _____

Di aver conseguito in data ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____
<input type="checkbox"/> il DIPLOMA DI LAUREA in: _____
____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____
<input type="checkbox"/> il MASTER DI 1° LIVELLO in: _____
____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____
<input type="checkbox"/> il DIPLOMA DI LAUREA MAGISTRALE in: _____

Attualmente iscritto all' Ordine TSRM PSTRP**Di** _____**Chiede l'iscrizione all'Ordine TSRM PSTRP
di MILANO-COMO-LECCO-LODI-MONZA BRIANZA-SONDRIO****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 collegiale.

Data _____

Firma _____