

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

MARCA DA BOLLO Euro 16,00
--

**ALL'ORDINE TSRM PSTRP
MILANO-COMO-LECCO-LODI-MONZA BRIANZA-SONDRIO**

*Da inoltrare m/fax: 02 55184876, e-mail: milano@pec.tsrn.org
**ENTRO IL 30 OTTOBRE DELL'ANNO PRECEDENTE A QUELLO A CUI SI VOGLIONO
RIFERIRE GLI EFFETTI DELLA CANCELLAZIONE***

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 _____

Attualmente iscritto all'Ordine TSRM e PSTRP
di Milano-Como-Lecco-Lodi-Monza Brianza-Sondrio

**Chiede l'annullamento e la cancellazione della propria iscrizione all'Ordine TSRM PSTRP
di Milano-Como-Lecco-Lodi-Monza Brianza-Sondrio**

<input type="checkbox"/> PER PENSIONAMENTO DAL ____/____/____
<input type="checkbox"/> PER NON ESERCIZIO PROFESSIONE DAL ____/____/____
<input type="checkbox"/> ALTRO, SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

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 _____