

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

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

MARCA DA BOLLO
€ 16,00 DPR 26/10/72
N°642
DM 20/08/92

Il/La sottoscritto/a

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

ALBO:

DIPENDENTE COLLABORATORE ALTRO

DAL ____/____/____

ENTE AZIENDA _____

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**

PER PENSIONAMENTO DAL ____/____/____

PER NON ESERCIZIO PROFESSIONE DAL ____/____/____

ALTRO, SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

Da inoltrare via e-mail a: milano@pec.tsrn.org

unitamente alla copia del pagamento Tassa Iscrizione anno in corso

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE INOLTRATA ENTRO IL 30 OTTOBRE DELL'ANNO
PRECEDENTE A QUELLO A CUI SI VOGLIONO RIFERIRE GLI EFFETTI DELLA
CANCELLAZIONE**

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 _____