



**Ordine dei Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie
Tecniche, della Riabilitazione
e della Prevenzione**

Milano . Como . Lecco . Lodi
Monza Brianza . Sondrio



DOMANDA DI CANCELLAZIONE

ALL'ORDINE TSRM e PSTRP

MILANO-COMO-LECCO-LODI-MONZA BRIANZA-SONDRIO

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

***Da inoltrare via PEC a: 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 _____ | | |

ALBO PROFESSIONALE:

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 e 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 _____