



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

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

Da inoltrare via e-mail: [milano@pec.tsrp.org](mailto:milano@pec.tsrp.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:**

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_