



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

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

**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 PSTRP**

Di \_\_\_\_\_

**Chiede l'iscrizione all'Ordine TSRM PSTRP  
di MILANO-COMO-LECCO-LODI-MONZA BRIANZA-SONDRIO**

**Da inoltrare via e-mail a: [milano@pec.tsrn.org](mailto:milano@pec.tsrn.org)  
unitamente alla copia del pagamento Tassa Iscrizione anno in corso  
(il trasferimento avrà decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo alla richiesta)**

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