



Ordine dei Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie
Tecniche, della Riabilitazione
e della Prevenzione
Milano . Como . Lecco . Lodi
Monza Brianza . Sondrio



Dichiarazione sostitutiva di CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROFESSIONALE

(Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. ___ il ___ / ___ / _____
residente a _____ Prov. ___ (CAP _____)
in _____ n° _____
Codice Fiscale _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM e PSTRP) di Milano, Como, Lecco, Lodi, Monza Brianza, Sondrio sito in Via San Gregorio, 53 - 20124 Milano nell'Albo Professionale dei _____ al n° _____ dal ___ / ___ / _____.

L'iscrizione all'Albo professionale è verificabile al seguente link pubblico:

<https://albo.alboweb.net/registry/search>

Data ___ / ___ / _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) *

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

* Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax e/o PEC, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.