



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 e SONDRIO

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

Da inoltrare tramite raccomandata o email pec a: 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 _____	PROV. _____
RESIDENTE A _____	PROV. _____	
CAP _____	VIA _____	
TEL. _____	CELL. _____	E-MAIL _____
CODICE FISCALE _____		
ALBO/PROFESSIONE: _____		
DIPENDENTE <input type="checkbox"/> COLLABORATORE <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> _____ DAL ____/____/____		
ENTE <input type="checkbox"/> AZIENDA <input type="checkbox"/> _____ DI _____		

Chiede l'annullamento e la cancellazione della propria iscrizione all'Ordine TSRM e PSTRP di Milano, Como, Lecco, Lodi, Monza Brianza e Sondrio e contestualmente la cancellazione della eventuale casella PEC attivata tramite l'Ordine

↑ 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 _____