



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

**Da inoltrare via e-mail a: 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)**

II/La sottoscritto/a

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____
RESIDENTE A _____	PROV. _____
CAP _____	VIA _____
TEL. _____	CELL. _____ E-MAIL _____
CODICE FISCALE _____	
<u>ALBO/PROFESSIONE:</u> _____	
DIPENDENTE† COLLABORATORE† ALTRO† _____	DAL _____
ENTE† AZIENDA† _____	DI _____

Attualmente iscritto all' Ordine TSRM e PSTRP

di _____

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

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 _____