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

FNO TSRM e PSTRP

COMUNICAZIONE VARIAZIONE DI RESIDENZA
ALL'ORDINE TSRM e PSTRP
MILANO- COMO-LECCO-LODI-MONZA BRIANZA- SONDRIO
Da inoltrare via e-mail: milano@tsrm.org; milano@pec.tsrm.org

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PRO _____

Attualmente iscritto/a all'Ordine TSRM e PSTRP di
Milano-Como-Lecco-Lodi–Monza Brianza-Sondrio

comunica la variazione di residenza

RESIDENTE A _____ PRO _____

CAP _____ VIA _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

DIPENDENTE ☐ **COLLABORATORE** ☐ **ALTRO** ☐ **DAL** _____

ENTE ☐ **AZIENDA** ☐ _____ **DI** _____

Di aver conseguito in data
____/____/_____ presso l'Università degli Studi di _____
↑il **DIPLOMA DI LAUREA** in: _____
____/____/_____ presso l'Università degli Studi di _____
↑il **MASTER DI 1° LIVELLO** in: _____
____/____/_____ presso l'Università degli Studi di _____
↑il **DIPLOMA DI LAUREA MAGISTRALE** in: _____

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 _____