



**COLLEGIO PROFESSIONALE DEI TECNICI SANITARI DI
RADIOLOGIA MEDICA DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

(istituito ai sensi delle Leggi 4/8/65 n. 1103 e 31/1/83 n. 25)

Via L. Zupetta, 64 - Tel. e Fax 0881/708765

71100 FOGGIA

e-mail: foggia@tsrm.org

Al Presidente del Collegio Professionale dei TsrM della Provincia di Foggia.

Il/La sottoscritto/a,
nato/a aProv..... il.....,
residente aVia/Piazza.....n°.....,
Codice Fiscale:..... Iscritto/a all'Albo Professionale
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, tenuto presso codesto Collegio, consapevole delle
sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate
dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000, a titolo di dichiarazione sostitutiva di
certificazioni,

DICHIARA

di aver regolarmente pagato i contributi dovuti al Collegio per l'anno,
di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'autorità
Giudiziaria).....e di non essere sottoposto/a
a procedimenti penali o a procedimenti disciplinari e, quindi,

CHIEDE

di essere cancellato/a dall'Albo Professionale di codesto Collegio Professionale, a decorrere
dal.....per la seguente motivazione:.....

Allega:

- 1) Fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale;
- 2) Marca da bollo da 14,62 Euro.

Luogo e data.....

Firma