



**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. Zuppetta, 64 - Tel. e Fax 0881/708765

71100 FOGGIA

e-mail: foggia@tsrm.org

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

Il/La sottoscritto/a
consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non
veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre
2000, a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni,

DICHIARA

di essere nato/aProv..... il;
di essere residente inProv..... via/p.zza.....;
Codice Fiscale:di aver conseguito in data
presso la Scuola/Università.....il
Diploma/Laurea di.....;
di essere regolarmente iscritto/a al Collegio Prof.le dei TSRM di;
di aver eseguito i pagamenti dei contributi dovuti al Collegio di provenienza e alla Federazione
Nazionale dei TSRM per l'anno, di non aver riportato condanne penali, di non
essere a conoscenza di essere sottoposto/a procedimenti penali e, a titolo di dichiarazione
sostitutiva dell'atto di notorietà,

DICHIARA

di essere in servizio presso;
con la qualifica di;
di non aver riportato condanne penali;
di aver riportato le seguenti condanne penali
presso l'Autorità Giudiziaria di
di non essere sottoposto/a a procedimenti disciplinari e quindi fa domanda di voler essere
iscritto/a a codesto Albo Professionale dei Tsmr per trasferimento.

Luogo e data.....

Firma.....

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali e a
quanto è riportato nel presente Decreto.

Firma.....