



**Ordine dei  
Tecnici sanitari  
di radiologia medica  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione  
ROMA e provincia**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3  
C.F. 97038500589

**Commissione d'Albo  
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**

**ALLEGATO 1 (schema esemplificativo domanda partecipazione)**

Al Presidente dell'Ordine TSRM-PSTRP  
di Roma e provincia  
Dott. Claudio Dal Pont

Al Presidente della CdA dei Tecnici  
della Riabilitazione Psichiatrica di  
Roma e provincia  
Dott. Valerio De Lorenzo

**Oggetto: Selezione elenco esperti per il ruolo di Rappresentante dell'Ordine TSRM-PSTRP di Roma e provincia nelle Commissioni per la prova finale abilitante all'esercizio professionale del Corso di laurea in Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ iscritta/o all'Ordine TSRMPSTRP di  
Roma e provincia dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ con n. di iscrizione \_\_\_\_\_, in servizio  
dal \_\_\_\_\_ [indicare anno del primo impiego], attualmente occupato  
presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso per la selezione dei rappresentanti dell'Ordine TSRM-PSTRP di Roma e Provincia nelle Commissioni per la prova finale abilitante all'esercizio della professione di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. A tal fine, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R.:

- a) nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (comune e provincia);
- b) codice fiscale \_\_\_\_\_;
- c) di essere regolarmente iscritta/o all'Ordine TSRM-PSTRP di Roma e provincia
- d) dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ con n. \_\_\_\_\_ di Iscrizione nell'Albo di \_\_\_\_\_;



**Ordine dei  
Tecnici sanitari  
di radiologia medica  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione  
ROMA e provincia**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3  
C.F. 97038500589

**Commissione d'Albo  
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**

- e) di non aver subito condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;
- f) non essere stato destituito, dispensato o licenziato dalla Pubblica Amministrazione;
- g) di non essere stato destinatario di sanzioni disciplinari irrogate dall'Ordine TSRM-PSTRP nel biennio precedente e di non avere procedimenti disciplinari in corso;
- h) di essere in regola con il pagamento delle tasse di iscrizione all'Ordine;
- i) di essere in regola con l'obbligo formativo per il triennio precedente come previsto dalla materia vigente in materia di ECM;
- j) di essere in possesso almeno di laurea triennale in Tecnica della riabilitazione psichiatrica (L-SNT/02);
- l) di non ricoprire incarichi di direttore di Corso di Laurea triennale in Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica;

Dichiara altresì:

- di essere in possesso dei seguenti titoli di carriera: (elencare esperienze lavorative sia in enti pubblici che privati sia come libero professionista)

---

---

---

---

---

- di essere in possesso dei seguenti titoli di accademici e di studio: (elencare eventuali Lauree magistrali, master di I e II livello e Corsi di formazione riconosciuti dal MIUR)

---

---

---

---

---

---

- di aver svolto o di svolgere i seguenti incarichi universitari come docente: (elencare gli incarichi ricevuti da istituti pubblici o privati)

---

---

---

---

---

- di aver preso parte ai seguenti corsi, convegni o seminari come relatore:



**Ordine dei  
Tecnici sanitari  
di radiologia medica  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione  
ROMA e provincia**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3  
C.F. 97038500589

**Commissione d'Albo  
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica**

---

---

---

---

- di aver svolto il ruolo di responsabile scientifico dei seguenti corsi e/o eventi:

---

---

---

---

- di aver svolto il ruolo di relatore o correlatore per le seguenti tesi di Laurea:

---

---

---

---

---

- di aver elaborato le seguenti pubblicazioni e/o poster:

---

---

---

---

Allegati:

- curriculum formativo e professionale in formato europeo, datato e firmato;
- copia di un documento di identità valido;

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ chiede che ogni comunicazione relativa alla procedura in oggetto e futura convocazione le/gli venga recapitata al presente indirizzo PEC: \_\_\_\_\_ e fornisce il seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_;

Dichiara infine di essere consapevole che quanto affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Luogo e data

Firma

.....

.....

