



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
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica

*AL Presidente del C.d.A. dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
dott. Andrea LENZA
Ordine TSRM PSTRP di Roma e provincia*

DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL

BANDO DI CONCORSO PER L’ASSEGNAZIONE DI N.4 PREMI PER TESI DI LAUREA

“Con TeSi cresce”

Il /La sottoscritto/a dott./ssa _____

Nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____

Via _____ n° _____

Città _____ cap _____ Provincia _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici  _____  _____

Indirizzo email  _____

Chiede

- di partecipare al Bando di Concorso per il conferimento di **n. 3 premi** per tesi di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia.
- di partecipare al Bando di Concorso per il conferimento di **n. 1 premio** per tesi di Laurea Magistrale in Scienze delle professioni sanitarie tecniche diagnostiche.



**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
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica**

A tal fine, consapevole della responsabilità penale, ai sensi del DPR445/ 2000 in caso di dichiarazione mendace, **dichiara** di possedere tutti i requisiti di ammissione indicati nel bando:

- a) di essere iscritto/a all'Ordine TSRM-PSTRP di Roma e Provincia dal ___/___/___ con N° di iscrizione _____ nell'albo dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica;
- b) di essere in regola con il pagamento delle tasse di iscrizione all'ordine;
- c) di aver conseguito la Laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia o Laurea Magistrale in Scienze delle professioni sanitarie tecniche diagnostiche, presso l'Università _____ nell'anno _____, con la votazione di ___/___ con _____.
- d) di autorizzare il trattamento dei dati personali, nell'ambito delle finalità di cui al presente avviso di selezione, ai sensi D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali n. 679/2016.

Allega in formato pdf:

- a. Tesi;
- b. *Abstract* della tesi articolato in introduzione, obiettivi, materiali e metodi, conclusioni/discussione di massimo 200 parole;
- c. Certificato di laurea;
- d. Documento di riconoscimento in corso di validità;
- e. Certificazione di avvenuto pagamento della tassa di iscrizione all'Albo.

Luogo e data _____

Firma _____