



**Ordine Dei Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica e delle
Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
di Roma e provincia**

Al Presidente
Ordine TSRM PSTRP Roma e provincia
Via Casilina n.1670 – CAP 00133 Roma

Oggetto: variazione Residenza/Domicilio

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....(.....) il...../...../.....
Telefono/Cellulare.....email.....
Iscritto/a dal...../...../.....al n°.....dell'Albo.....
.....istituito presso codesto Ordine professionale, consapevole delle
responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

Di aver cambiato la Residenza/Domicilio dal...../...../.....e pertanto comunica il nuovo indirizzo:
 Residenza a.....(.....) CAP.....
Via/P.zza.....n°.....
 Domicilio a.....(.....) CAP.....
Via/P.zza.....n°.....

A tal fine si allega:

- Copia Documento di riconoscimento fronte/retro

Data.....

In fede.....