



**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: richiesta Aula multimediale

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a.....(.....) il...../...../.....

Telefono/Cellulare.....email.....quale:

Iscritto/a dal...../...../.....al n°.....dell'Albo.....

.....istituito presso l'Ordine di.....

Altro (*Specificare qualifica*)

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

di poter usufruire dell'Aula multimediale di codesto Ordine professionale dal giorno...../...../.....

al giorno...../...../..... per il seguente uso:.....

Il richiedente si impegna ad un corretto uso della struttura e degli immobili ed a riconsegnare la stessa in uno stato decoroso di ordine e pulizia.

A tal fine si allega:

- Copia Documento di riconoscimento fronte/retro

Data.....

In fede.....