



**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 di cancellazione dall'Albo

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....(.....) il...../...../.....
residente a.....(.....) CAP.....
Via/P.zza.....n°.....
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,

CHIEDE

di essere CANCELLATO dal suddetto Albo professionale per la seguente motivazione:.....
.....

È altresì consapevole che lo svolgimento della Professione senza iscrizione al rispettivo Albo professionale
costituisce il reato di "abuso di Professione".

Si allegano:

- Copia Documento di riconoscimento fronte/retro
- Copia Codice Fiscale

Data.....

In fede.....