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

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

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

Oggetto: RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a …… C.F.……

Nato/a il ……/……/…….. a …… Provincia …….…….. (……..)

Residente a …… (……), CAP ……

Via/P.zza……..n°……

Tel…… e-mail……..

Iscritto/a all'Albo dei/degli……

dal ……/……/…….. al n° ..... istituito presso codesto Ordine professionale, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazionimendaci,

CHIEDE

Di essere cancellato/a dal suddetto Albo Professionale per la seguente motivazione:

…… a partire dal ……/……/…….

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

- **Prendo atto che a trenta giorni dalla presente richiesta di cancellazione sarà effettuata la disdetta della casella PEC attivata a mio nome dall'Ordine TSRM – PSTRP di Roma e provincia e sarà mia premura effettuare il relativo backup entro tale data.**

- **Dichiaro di essere in possesso di una mia casella PEC personale NON attivata dall'Ordine TSRM-PSTRP di Roma e provincia**

Si allegano:
- documento di riconoscimento in corso di validità
- codice fiscale.
- documento di pensionamento (qualora il motivo della cancellazione fosse per quiescenza)

Roma …….. IN FEDE …….

Ai sensi e per gli effetti degli art.13 e 23 del D.L.gs. n. 196/2003, si acconsente al trattamento dei dati personali