

**ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI
SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE
Delle Province di Catanzaro - Crotona - Vibo Valentia**



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI TSRM - PSTRP DELLE PROVINCE DI CZ-KR-VV.

Il/a sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ Prov. (___)

C.F. _____

documento di riconoscimento – numero *: _____

residente in via _____ comune di _____ CAP _____
Prov. _____.

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del GDPR 2016/679

DICHIARA DI

essere iscritto all'albo di (specificare la professione) _____ numero di
iscrizione _____ dell'Ordine dei TSRM-PSTRP della Provincia di Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia e di
essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione all'Ordine . _____

Luogo, data Firma

*Allega fotocopia documento di riconoscimento