



Ordine Interprovinciale dei Tecnici sanitari di radiologia medica
e delle professioni sanitarie tecniche
della riabilitazione e della prevenzione
Ba-Ta-Bt

Istituita ai sensi delle Leggi
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

**Dichiarazione sostitutiva di
CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE
(Art. 46 - D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Prov _____) il _____

residente a _____ CAP _____

in Via _____ n° _____

Codice Fiscale _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali
in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere iscritto/a all'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni
Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP) di:

BARI – TARANTO – BARLETTA – ANDRIA – TRANI sito in Via Magliano n.62, 70010 Capurso (Bari)
nell'Albo Professionale dei _____

al n° _____ con Delibera n° _____ del _____

Data _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile) *

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza
del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di
identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax e/o PEC, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.