

**ORDINE**dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie
tecniche della riabilitazione e della prevenzione**BARI TARANTO BARLETTA ANDRIA TRANI**

ISTITUITA AI SENSI DELLE LEGGI 4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

MARCA DA BOLLO

DI € 16,00

DPR 26/10/72 N° 642

DM 20/08/92

DOMANDA DI CANCELLAZIONEDa inoltrare a baritaranto@pec.tsrsm.org

Il/La sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ Nato/a _____
Prov. di _____ il ____/____/____, residente a _____ Prov. di
_____ in Via _____ n. _____ CAP _____ Recapito
tel. _____ e-mail _____
iscritto/a all'Albo di _____ dell'Ordine TSRM e PSTRP
di Bari-Taranto e Barletta Andria Trani dal _____ al n° _____

CHIEDE

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483,495 e 496 del codice penale, sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione-attività di: _____

a partire dal ____/____/____ per i seguenti motivi:

- collocamento a riposo
 dimissioni volontarie dall'impiego
 altri motivi (esplicitare le ragioni relativi alla cessazione della professione-attività)

PER I MOTIVI CHE PRECEDONO CHIEDO LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO.

La presente richiesta deve essere inoltrata entro il 30 novembre dell'anno per il quale si intendono far decorrere gli effetti della cancellazione, al fine di evitare l'emissione del MAV relativo alla quota dell'anno successivo.

A seguito della ricezione della comunicazione, il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione e successivamente ne darà formale comunicazione all'interessato.

Resta salvo il diritto dell'Ordine al recupero delle somme relative a quote pregresse eventualmente non versate.

Si precisa che, una volta intervenuta la cancellazione, per una eventuale nuova iscrizione sarà necessario versare nuovamente la tassa governativa.

Data _____ In fede _____

- **Allego copia del documento di identità in corso di validità fronte/retro.**
- **Ricevuta di pagamento ultimo MAV**

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/3 sulla privacy. I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione interna.