



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.

COMUNICAZIONE VARIAZIONE DI RESIDENZA

Da inoltrare e-mail: baritaranto@pec.tsrm.org

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____	NOME _____	
NATO/A IL _____	A _____	PRO _____
CODICE FISCALE _____		

Attualmente iscritto/a all'Ordine TSRM PSTRP di

Bari, Taranto e Barletta – Andria – Trani

Comunica la variazione di residenza

RESIDENTE A _____		
CAP _____	VIA _____	
Tel. _____	Cell. _____	E-mail _____

<input type="checkbox"/> DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> COLLABORATORE	<input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA
DAL _____	<input type="checkbox"/> ENTE _____	<input type="checkbox"/> AZIENDA _____
DI _____		

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.

Data _____

Firma _____