

Al Collegio Professionale Interprovinciale
dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
NA – AV – BN - CE

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo Professionale di codesto Collegio per trasferimento dal Collegio TSRM di

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 75 e 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445

- di essere nato/a il _____ a _____ Prov. _____
 - di essere cittadino/a _____
 - di essere residente in Via _____
CAP _____ Città _____ Prov _____
 - di avere i seguenti recapiti telefonici: tel. _____ cell. _____
 - di avere il seguente recapito email: _____
 - di avere il seguente codice fiscale: _____
 - di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____

- conseguito in data _____ luogo _____ rilasciato da _____
- di non aver riportato condanne penali (comprese le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ex art.444 c.p.p. – cosiddetto patteggiamento)
 - di aver regolarmente eseguito il pagamento dei contributi dovuti al Collegio e alla Federazione (articolo 10, lettera c DPR 5.4.1950 n. 221)
 - di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
 - di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali
 - di non essere sottoposto/a a procedimento disciplinare
 - di non essere sospeso/a dall'esercizio della professione
 - di non essere stato/a cancellato/a per morosità/irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da nessun Albo provinciale dei TSRM

- di godere dei diritti civili e dei diritti politici
- di essere iscritto/a al Collegio TSRM di _____

e si impegna a comunicare tempestivamente alla Segreteria di questo Collegio le variazioni della propria residenza, della propria attività professionale nonché dei propri recapiti postali, telefonici ed email.

Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (Art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero.

Napoli, _____ Firma leggibile _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità del Collegio Professionale TSRM FVG.

Napoli, _____ Firma leggibile _____

Allegati:

- fotocopia, fronte e retro, della Carta di Identità (l'autentica avverrà con la presentazione dell'originale);
- fotocopia del Codice Fiscale (l'autentica avverrà con la presentazione dell'originale);