



Ordine dei
Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica
e delle Professioni
Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione
e della Prevenzione,
della provincia di Cuneo

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
04/08/1965 n. 1103, 31/01/1983 n. 25 e 11/01/2018 n. 03
Cod. Fisc.: 80024530042

Al Presidente dell'Ordine
T.S.R.M. e P.S.T.R.P. di Cuneo

MARCA DA BOLLO
€ 16,00
D.P.R. 642/1972

DOMANDA di CANCELLAZIONE dall'ALBO PROFESSIONALE

AUTOCERTIFICAZIONE - (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

- Prima della compilazione leggere attentamente l'allegato -

Il/la sottoscritto/a _____,
sotto la propria responsabilità, e consapevole delle responsabilità penali ai sensi del c.p. e delle
leggi speciali in materia previste per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci e falsità negli atti,
così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.,

CHIEDE

in qualità di erede, la cancellazione dall'Albo professionale per decesso di _____
_____, nato/a a _____ (____)
il ____/____/____, residente in _____ (____)
in Via/C.so/P.za _____ n. _____
C.F.: _____, e, pertanto,

DICHIARA

(ai sensi dell'art.2 Legge n. 15 del 15/01/68, come modificato dall'art.3 Legge n. 127 del 15/05/1997)

(Allegare copia fotostatica del documento d'identità e del codice fiscale)

- di essere nato/a il ____/____/____ a _____
prov. (____);
- di avere il seguente Codice Fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. (____) in Via/C.so/P.za
_____ n. _____ CAP _____;
- di voler ricevere eventuali future comunicazioni da parte dell'Ordine ai seguenti recapiti
(indicare anche se uguale ai dati di residenza/domicilio):
città _____ prov. (____) CAP _____
in Via/C.so/P.za _____ n. _____
n. tel. _____ n. cell. _____

(di seguito scrivere in stampatello)

Via Felice Cavallotti, 27 – 12100 Cuneo (CN)

Web: www.tsrmcuneo.org - Tel.: 0171/699275

E-mail: cuneo@tsrm.org - PEC: cuneo@pec.tsrm.org

Cod. iPA: cptsr_cn – Cod. Univ. Uff.: UFW4VH





e-mail: _____ @ _____

PEC: _____ @ _____

- di essere cittadino italiano, ovvero di essere cittadino _____ ,
(sono fatte salve le equiparazioni stabilite dalle Leggi vigenti o di cittadinanza dei Paesi membri dell'U. E.)
- di aver preso visione e ricevuto in copia gli **allegati I e II** del presente atto (riguardanti il trattamento dei dati personali nonché le informazioni generali utili alla cancellazione dell'iscrizione all'Albo professionale);

ALLEGA

1. copia fotostatica del documento d'identità valido (datata e firmata) e del codice fiscale (fronte/retro).

Cuneo, li _____

Il/La Dichiarante

(firma leggibile)

IMPORTANTE

Con la firma del presente atto, il/la sottoscritto/a

- dichiara di essere consapevole che non saranno accettate domande compilate in modo non accurato e/o con documentazioni totalmente o parzialmente incomplete;
- dichiara di aver preso visione e ricevuto in copia gli allegati I e II riguardanti il trattamento dei dati personali nonché le informazioni generali utili alla cancellazione dell'iscrizione;
- autorizza l'Ordine T.S.R.M. e P.S.T.R.P. della provincia di Cuneo al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del G.D.P.R. n. 2016/679.

Cuneo, li _____

Il/La Dichiarante

(firma leggibile)

Via Felice Cavallotti, 27 – 12100 Cuneo (CN)

Web: www.tsruncuneo.org - Tel.: 0171/699275

E-mail: cuneo@tsrm.org - PEC: cuneo@pec.tsruncuneo.org

Cod. iPA: cptsr_cn – Cod. Univ. Uff.: UFW4VH

