

MARCA DA BOLLO DA € 16,00

Al Presidente dell'Ordine TSRM PSTRP  
della provincia di \_\_\_\_\_

Al Presidente dell'Ordine TSRM PSTRP  
di Genova, Imperia e Savona

*Trasmettere via PEC MAIL o raccomandata A/R*

**Oggetto: Richiesta di trasferimento di iscrizione**

Il/La sottoscritto/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

e-mail PEC \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo/Elenco speciale ad esaurimento dei (*professione*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dell'Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie  
tecniche, della prevenzione e della riabilitazione della Provincia di \_\_\_\_\_  
al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

a seguito del trasferimento di :

- domicilio professionale prevalente**  
 **propria residenza**

nella Provincia di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**il trasferimento dell'iscrizione**

dall'Albo/Elenco speciale ad esaurimento dei \_\_\_\_\_

dell'Ordine TSRM PSTRP della Provincia di \_\_\_\_\_

all'Albo/Elenco speciale ad esaurimento dei \_\_\_\_\_

dell'Ordine TSRM PSTRP della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi delle normative vigenti.

*Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/3 sulla privacy.*

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**ALLEGATO: fotocopia documento di riconoscimento**