



MARCA DA BOLLO
€ 16

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI TECNICI SANITARI
DI RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE
TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE DI
CREMONA**

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A TSRM - PSTRP _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/04/1950 n. 21, **l'iscrizione per trasferimento a**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Albo | <input type="checkbox"/> Assistenti Sanitari | <input type="checkbox"/> Tecnico audioprotesista |
| <input type="checkbox"/> Elenco Speciale | <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro |
| | <input type="checkbox"/> Educatore professionale | <input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica |
| | <input type="checkbox"/> Igienista dentale | <input type="checkbox"/> Tecnico di neurofisiopatologia |
| | <input type="checkbox"/> Logopedista | <input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico |
| | <input type="checkbox"/> Ortottista ed assistente di oftalmologia | <input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di laboratorio biomedico |
| | <input type="checkbox"/> Podologo | <input type="checkbox"/> Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva |
| | <input type="checkbox"/> Massofisioterapista | <input type="checkbox"/> Terapista occupazionale |
| | | <input type="checkbox"/> Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare |
| | | <input type="checkbox"/> TSRM |

Tenuto presso quest'Ordine TSRM – PSTRP di Cremona **per trasferimento** dall'Ordine TSRM – PSTRP di _____

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

DICHIARA

Di essere nato/a a: _____ il: _____ Sesso Maschio Femmina

Codice fiscale: _____

Residente in: _____

Comune: _____ Provincia: _____ CAP: _____

Cellulare: _____ E-mail: _____ PEC: _____

Di avere **IL PROPRIO DOMICILIO PROFESSIONALE in** (luogo di lavoro abituale da compilare esclusivamente se la residenza è fuori dalla provincia di Cremona) _____

Di aver conseguito il seguente titolo di studio: _____

Presso _____

In data: _____ con votazione: _____

Di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa che impedisce l'iscrizione all'Ordine professionale;

Di non avere mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti pendenti;

Di avere riportato le seguenti condanne penali (specificare ed allegare documentazione):

Di non avere carichi pendenti

Di avere i seguenti carichi pendenti

Di non essere sottoposto a procedimento disciplinare

Di non essere sospeso dall'esercizio della professione

Di non essere stato cancellato/a per morosità/irreperibilità, né di essere stato/a radiato/a da altro Ordine;



Ordine
dei tecnici sanitari di radiologia medica e
delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione
di **Cremona**

ISTITUTO AI SENSI DELLE
LEGGI: 4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983,
n.25 e 11.1.2018, n.3
C.F. 80002420190

Di essere regolarmente iscritto all'Albo professionale tenuto presso l'Ordine TSRM e PSTRP di _____
dal _____ al numero _____

Di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione dovuta al precedente ordine.

Data _____

Firma _____

Avvalendosi della normativa prevista dalla L. 4 gennaio 1968, n. 15, dalla L. 7 agosto 1990, n. 241 e dalla L. 15 maggio 1997, n. 127 e del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403 allega i seguenti documenti:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità in carta libera.
- Fotocopia del numero di codice fiscale.

Per i soli cittadini stranieri:

- Fotocopia certificazione esame di lingua.