



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

I

MARCA DA  
BOLLO €  
16,00 DPR  
26/10/72

## DOMANDA DI TRASFERIMENTO VERSO ALTRO ORDINE

*Da inoltrare via PEC a: [varese@pec.tsrp.org](mailto:varese@pec.tsrp.org) e alla pec dell'Ordine di destinazione*

### Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____ (
) _____	RESIDENTE A _____
( _____ )	CAP _____ VIA _____
_____	TEL. _____ E-MAIL _____

**ALBO PROFESSIONALE:**

Attualmente iscritto all'Albo sopra indicato  
dell'Ordine TSRM-PSTRP Varese  
chiede il trasferimento verso l'Albo dell'Ordine TSRM-PSTRP  
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 \_\_\_\_\_