



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 CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELL'ORDINE TSRM e PSTRP VARESE

Da inoltrare via PEC a: varese@pec.tsrn.org

Il/La sottoscritto/a

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

ALBO PROFESSIONALE:

Attualmente iscritta/o all'Albo sopra indicato dell'Ordine TSRM e PSTRP di Varese
Chiede l'annullamento e la cancellazione della propria iscrizione dall'Albo sopra indicato
dell'Ordine TSRM e PSTRP di Varese per i seguenti motivi:

**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 _____