



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 PER DECESSO

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

Il/La sottoscritto/a

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

In qualità di erede dell'iscritto all'Ordine TSRM e PSTRP di Varese

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____ ()
_____ RESIDENTE A _____	
() _____ CAP _____	VIA _____

Chiede l'annullamento e la cancellazione dell'iscrizione da

ALBO PROFESSIONALE:

dell'Ordine TSRM-PSTRP di Varese per decesso del proprio congiunto

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 _____