



**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](mailto: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 \_\_\_\_\_