



Ordine dei
Tecnici Sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
della prevenzione
della provincia di Parma

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80101630343



Al Presidente dell'Ordine dei TSRM e PSTRP della Provincia di Parma

E p.c

Al Presidente dell'Ordine dei TSRM e PSTRP della Provincia di.....

Da inoltrare e-mail: parma@pec.tsrp.org

Il/La sottoscritto/a

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni,

DICHIARA

COGNOME	NOME
DI ESSERE NATO/A A.....	PROV..... IL
DI ESSERE RESIDENTE IN	PROV. CAP
VIA/PIAZZA.....	COD.FISCALE.....
TEL.....	CELL.....

DIPENDENTE <input type="checkbox"/>	COLLABORATORE <input type="checkbox"/>	ALTRO <input type="checkbox"/>	DAL
ENTE <input type="checkbox"/>	AZIENDA <input type="checkbox"/>	DI

Indirizzo: Via Martiri della Liberazione 34, 43126 Parma
Tel: 3756054860
Sito internet: www.tsrmparma.it
Mail: parma@tsrm.org PEC: parma@pec.tsrp.org



Ordine dei
Tecnici Sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
della prevenzione
della provincia di Parma

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80101630343

DI AVER CONSEGUITO IN DATA/...../.....

PRESSO L' UNIVERSITÀ.....

IL DIPLOMA/LAUREA IN

**DI ESSERE REGOLARMENTE ISCRITTO/A ALL'ORDINE PROF.LE DEI
TSRM E PSTRP DI**

CON LA QUALIFICA DI

CHIEDE

L'iscrizione all'Ordine TSRM PSTRP DELLA PROVINCIA DI PARMA

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 collegiale.

Luogo e data.....

Firma.....