



**Dichiarazione sostitutiva di CERTIFICAZIONE  
DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE (Art. 46 - D.P.R. 28  
Dicembre 2000, n. 445)**

Il/la Sottoscritto/a.....

nato/a a .....(Prov .....) Il.....

residente a .....(CAP .....)

in.....n.....

Codice Fiscale .....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

di essere iscritto/a all'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione della provincia di Parma, nell'Albo Professionale dei.....  
.....con il numero di iscrizione.....dal.....

Data .....

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile) \* .....

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

\*Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax e/o PEC, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.