



**Ordine dei  
Tecnici sanitari  
di radiologia medica  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione  
Provincia di Palermo**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:

4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

C.F. 80018080822

MARCA DA BOLLO

16 €

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI  
TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA E  
DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE,  
DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE  
DELLA PROVINCIA DI PALERMO**

### **DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A TSRM - PSTRP \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, e in particolare delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge n. 15/1968 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni, e dell'art. 2 del DPR n. 403/1998,

- Assistenti Sanitari
- Dietista
- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Igienista dentale
- Logopedista
- Ortottista ed assistente di oftalmologia
- Podologo
- Tecnico audiometrista
- Tecnico audioprotesista
- Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Tecnico di neurofisiopatologia
- Tecnico ortopedico
- Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Terapista occupazionale
- TSRM



**Federazione  
nazionale  
Ordini dei  
TSRM  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione**

ISTITUITA AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965 N. 1103 E 31.1.1983 N. 25

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI, DICHIARA DI ESSERE: (a)**

nato/a a: (b) \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_\_ codice fiscale: \_\_\_\_\_

residente in (c): \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

via/piazza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cittadino/a: (d) \_\_\_\_\_

di aver conseguito presso il seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

in data: \_\_\_\_\_ con votazione: \_\_\_\_\_

di essere regolarmente iscritto all'Albo dell'Ordine TSRM - PSTRP di \_\_\_\_\_

al numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e di essere in regola con il pagamento della quota annuale.

**POLIZZA ASSICURATIVA RC PROFESSIONALE:**

Se NO specificare il motivo:  inoccupato

Si  No

lavoratore all'estero  pensionato non esercente

**INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ, DICHIARA (a):**

Di avere il pieno godimento dei diritti civili e politici;

Di esercitare la professione di \_\_\_\_\_

nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione di:

Presso: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Di non avere precedenti penali;

Di avere i seguenti precedenti penali: \_\_\_\_\_

Di non trovarsi in posizione di incompatibilità con l'iscrizione all'Albo per la sussistenza di un rapporto di pubblico impiego salvo i casi di incompatibilità previsti dagli ordinamenti propri degli enti pubblici di riferimento.



**Federazione  
nazionale  
Ordini dei  
TSRM  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione**

ISTITUITA AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965 N. 1103 E 31.1.1983 N. 25

- Di non essere sottoposto a procedimento disciplinare;
- Di non essere sospeso dall'esercizio della professione;
- Di non essere stato cancellato per morosità/irreperibilità né di essere stato radiato da altro Ordine;

#### **E FA DOMANDA**

Di essere iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine.

***Avvalendosi della normativa prevista dalla L. 4 gennaio 1968, n. 15, dalla L. 7 agosto 1990, n. 241 e dalla L. 15 maggio 1997, n. 127 e del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403 allega i seguenti documenti:***

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità - in carta libera.
- Fotocopia del numero di codice fiscale.
- n° 2 fotografie formato tessera per il rilascio del tesserino.

Data \_\_\_\_\_ Firma (g): \_\_\_\_\_

- 
- a) Barrare la casella posta a fianco delle singole dichiarazioni
  - b) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato Estero in cui si è nati.
  - c) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato/a è iscritto/a o il domicilio professionale.
  - d) Indicare "Italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.
  - e) Indicare luogo e data del conseguimento dell'abilitazione.
  - f) Da sbarrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell' Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione.
  - g) Se la domanda contiene anche dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, la relativa sottoscrizione deve essere apposta in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione o segretario dell'ordine, oppure, se inviata per posta o per via telematica, deve essere accompagnata da fotocopia di un documento di riconoscimento.