



Marca da bollo 16€
Ai Sensi della Normativa Vigente

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
SEDE

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



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

nato/a a: (b) _____ prov. _____

il: _____ codice fiscale _____

residente in (c): _____

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 _____ 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.

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.



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

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.