



**COLLEGIO PROFESSIONALE  
TECNICI SANITARI RADIOLOGIA MEDICA  
LA SPEZIA**  
*c/o Radiologia - Ospedale 'S.Andrea'  
Via V. Veneto, 197*



**Al Presidente**

**del Collegio Professionale Interprovinciale**

**TSRM La Spezia**

*Via Veneto, 197*

**19100 LA SPEZIA**

## **DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO**

*AUTOCERTIFICAZIONE - (Art. 46 D.P.R. 28 /12 / 2000, n.445)*

*Il/La sottoscritto/a:*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

*Consapevole delle sanzioni Penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamati dall'art. 76 -D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, chiede di essere iscritto/a*

*all'Albo Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della provincia di La Spezia*

### **DICHIARA**

*(Ai sensi dell'art.2 legge 15/01/1968 n.15, come modificato dall'art.3 legge 15/05/1997 n.127 e successive modificazioni)*

1. di essere nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Provincia di \_\_\_\_)

2. di essere residente a \_\_\_\_\_ (Provincia di \_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

N. Tel \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

eventualmente domiciliato a \_\_\_\_\_ (Provincia di \_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_



**COLLEGIO PROFESSIONALE  
TECNICI SANITARI RADIOLOGIA MEDICA  
LA SPEZIA**  
c/o Radiologia - Ospedale 'S.Andrea'  
Via V. Veneto, 197



3. di essere cittadino \_\_\_\_\_
4. di aver conseguito in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
Laurea in Tecniche di Radiologia per Immagini e Radioterapia (abilitante alla Professione Sanitaria  
di Tecnico di Radiologia Medica - Classe SNT/3) o titolo equipollente conseguito presso  
\_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_
5. di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria)
6. di godere dei diritti civili e politici
7. di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_
8. di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Collegio T.S.R.M. ( in caso positivo indicare  
quale \_\_\_\_\_)
9. di essere dipendente presso l'Ente \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ N. Tel \_\_\_\_\_

Con la firma del presente atto il/la sottoscritto/a si impegna a versare la quota stabilita annualmente dal Direttivo ed approvata dall'assemblea degli iscritti.

Si impegna inoltre a dare tempestiva comunicazione di eventuali variazioni di indirizzo, numero di telefono e posto di lavoro ogniqualvolta tale variazione si verifichi.

La Spezia, \_\_\_\_\_ Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

*La presente dichiarazione, non necessita dell'autenticazione delle firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione, nonché ai gestori pubblici servizi e ai privati che vi consentono.*

*Informativa ai sensi del Dlgs 196/2003*

*I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*