



Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica  
e delle professioni sanitarie tecniche  
della riabilitazione e della prevenzione  
**Bari – Taranto**

Istituita ai sensi delle Leggi  
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

Sede Via G. Amendola, 15, 70126 Bari  
e-mail : baritaranto@pec.tsrp.org  
Tel. 080.553.00.18  
C.F. 80030580726

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>ISCRITTO N°</b><br>_____ | <b>Delibera n°</b> _____<br><b>Del</b> ____ / ____ / ____ |
| <b>COGNOME</b><br>_____     | <b>NOME</b><br>_____                                      |

**Data Iscrizione** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Allegati n°** \_\_\_\_\_

1. **Revisione il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **all. n°** \_\_\_\_\_

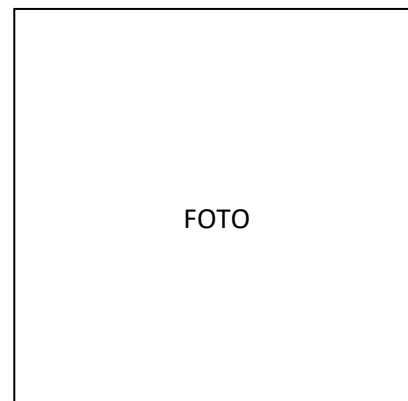
2. **Revisione il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **all. n°** \_\_\_\_\_

3. **Revisione il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **all. n°** \_\_\_\_\_

**Trasferito il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Ordine di** \_\_\_\_\_

**Quiescenza il** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Delibera n°** \_\_\_\_\_ **del** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**Informativa scheda di iscrizione all'Albo dell'Ordine dei Tecnici Sanitari di  
Radiologia Medica e delle professioni Sanitarie Tecniche  
della Riabilitazione e della Prevenzione  
Bari - Taranto**

**Informativa art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196**

Ai sensi del d. Lgs. n° 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento dell'informazioni personali che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei suoi diritti. Il trattamento riguarderà anche dati personali semplici di cui all'art. 4 comma 1 lett. b e c, vale a dire: qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente o associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n° 196/2003 ed in relazione ai dati personali dei quali entreremo in possesso, la informiamo di quanto segue:

**1. FINALITA' DI TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati da Lei forniti è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione del servizio da Lei richiesto.

**2. MODALITA' DI TRATTAMENTO**

Il trattamento sarà effettuato su supporto cartaceo: nella stesura dell'Albo Professionale e/o in formato multimediale, si precisa, altresì, che tutti i dati in nostro possesso (personali) sono depositati e gestiti dalla Datakey – Roma, per la gestione contributiva della Federazione Nazionale T.S.R.M – P.S.T.R.P.

**3. AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE**

I dati personali potranno venire a conoscenza degli incaricati del trattamento.

I dati personali non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione, se si esclude la comunicazione inerenti formative scientifiche e/o Corsi di aggiornamento, etc., gestite da questo collegio e/o Associazioni esclusivamente di categoria.

**4. ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE, DEL RESPONSABILE E DEL RAPPRESENTANTE DEL TITOLARE NEL TERRITORIO DELLO STATO**

✓ Il Titolare del trattamento dati è : \_\_\_\_\_ Presidente dell'Ordine;

✓ Il Responsabile del trattamento dati è : \_\_\_\_\_ Segretario dell'Ordine;

**Decreto Legislativo n. 196/2003**

**Art. 24 – Il trattamento dei dati personali senza consenso.**

Il consenso non è richiesto, oltre nei casi previsti nella parte II, quando il trattamento:

è necessario per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria,

è necessario per eseguire obblighi derivanti da un contratto del quale è parte l'interessato o per adempiere, prima della conclusione del contratto a specifiche richieste dell'interessato; riguarda dati provenienti da pubblici registri, elenchi, atti o documenti conoscibili da chiunque, fermi restando i limiti e le modalità che leggi, i regolamenti o la normativa comunitaria stabiliscono per la conoscibilità e pubblicità dei dati;

riguarda dati relativi allo svolgimento di attività economico, trattati nel rispetto delle vigenti normative in materia di segreto aziendale e industriale; è necessario per la salvaguardia della vita e dell'incolumità fisica di un terzo. Se la medesima finalità riguarda l'interessato e questo ultimo non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di intendere e di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato. Si applica la disposizione di cui art. 82, comma 2;

con conclusione della diffusione, è necessario ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui legge 7 dicembre 2000, n. 397, o, comunque, per far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento, nel rispetto della vigente normativa in materia di segreto aziendale e industriale;

con esclusione della diffusione, è necessario, nei casi individuati dal garante sulla base dei principi sanciti dalla legge, per perseguire un legittimo interesse del titolare o di terzo destinatario dei dati, anche in riferimento all'attività di gruppi bancari e di società controllate collegate, qualora non prevalgano i diritti e le libertà fondamentali, la dignità o un legittimo interesse dell'interessato;

con esclusione della comunicazione all'esterno e della diffusione, è effettuato da associazioni, enti od organismi senza scopo di lucro, anche non riconosciuti, in riferimento a soggetti che hanno con essi contratto regolari o ad aderenti, per il perseguimento di scopi determinati e legittimi individuati dall'atto costitutivo, dallo statuto o dal contratto collettivo, e con modalità di utilizzo previsto e espressamente con determinazione resa dagli interessati all'atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13;

è necessario, in conformità ai rispettivi codici di deontologia, per esclusivi scopi scientifici o statistici, ovvero per esclusivi scopi storici presso archivi privati dichiarati di notevole interesse storico ai sensi dell' art. 6, comma 2, del decreto legislativo 29/10/1999, n. 490, di approvazione del testo unico in materia di beni culturali e ambientali o, secondo quanto previsto dai medesimi codici, presso altri archivi privati.

**Dichiaro di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30.6.2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Firma \_\_\_\_\_

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

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

**Spettabile**  
**Ordine dei Tecnici sanitari di radiologia medica**  
**e delle professioni sanitarie tecniche**  
**della riabilitazione e della prevenzione**  
**Bari – Taranto**  
Via G. Amendola, 15 70126 - BARI -

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Sesso

M  F

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 dell' Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione delle provincie di Bari e Taranto.

## 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 \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_);
2. Di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. di \_\_\_\_\_);  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
n° Tel \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
eventualmente domiciliato a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_;
3. Di essere cittadino \_\_\_\_\_ altra Naz. \_\_\_\_\_;
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 non essere stato/a iscritto/a precedentemente ad altro Ordine T.S.R.M. (in caso positivo indicare quale \_\_\_\_\_);

8. Di essere dipendente presso:

- Azienda Pubblica P.O. \_\_\_\_\_
- Azienda Privata \_\_\_\_\_
- IRCCS \_\_\_\_\_
- Libero Professionista \_\_\_\_\_
- Università \_\_\_\_\_
- Industria \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

Recapito telefonico Azienda Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

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.

Bari li \_\_\_\_\_ Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione, non necessita dell'autenticazione delle firme e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione, nonché ai gestori pubblici serviti e ai privati che vi consentono. Informativa ai sensi del D.lgs. 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.

Responsabile della procedura \_\_\_\_\_

Nulla osta il Presidente \_\_\_\_\_

Delibera n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_