



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.tsrn.org
Tel. 080.553.00.18
C.F. 80030580726

RICHIESTA CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE TSRM BA-TA

Consiglio Direttivo

Presidente

Mario PARTIPILO

Vice Presidente

Oscar BRAZZO

Segretario

Domenico AVEZZANO

Tesoriere

Francesco CAPURSO

Consiglieri

Giuseppe AX

Salvatore DE CEGLIE

Mariella IGNATTI

Isabella MURRO

Filippo VESSIO

Al fine di evitare il pagamento della quota di iscrizione relativa all'anno di competenza occorre che la domanda – richiesta di cancellazione venga fatta pervenire all'Ordine, tassativamente entro e non oltre il **31 OTTOBRE** dell'anno precedente a quello a cui si vogliono riferire gli effetti della cancellazione.

Ricevuta la comunicazione, il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione e successivamente informerà l'interessato.

È fatto salvo il diritto al recupero delle somme relative alle quote pregresse eventualmente non pagate.

Si precisa che, una volta che sia intervenuta la cancellazione, per iscriversi nuovamente, si dovranno pagare sia la tassa governativa che la quota annuale del Collegio.

Revisori dei Conti

Giovanni MASTROLONARDO

Vito Nicola SEBASTIANO

Gianpiero VENEZIA

Il Segretario

Domenico Avezzano

Supplente
Mauro SPINA

rio

IL PRESIDENTE

TSRM Dott. Mario Partipilo



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

Al Presidente dell'Ordine

TSRM – PSTRP

SEDE

Oggetto: Richiesta di cancellazione dall'Albo Professionale TSRM BA-TA

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____

(Prov. di _____) il ____ / ____ / _____, residente a _____

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ e-mail _____

prende atto di quanto sopra. Valdomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483,495 e 496 del codice penale,

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione-attività di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica a partire dal ____ / ____ / _____ per i seguenti motivi:

- collocamento a riposo
- dimissioni volontarie dall'impiego
- altri motivi (esplicitare le ragioni relativi alla cessazione della professione-attività)

.....
PER I MOTIVI CHE PRECEDONO CHIEDO LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA.

Data _____

In fede _____