



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 TRASFERIMENTO

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Nato/a _____ (Prov. di _____)

il ____ / ____ / ____ , residente a _____

(Prov. di _____) in Via _____

n. _____ CAP _____ Recapito tel. _____

e-mail _____ iscritto all'Albo del Ordine dei

Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della provincia di Bari e Taranto

dalla data del _____ al n° _____

CHIEDE

In ragione del fatto di avere la propria attività professionale e di avere preso la propria
residenza o domicilio nella provincia di _____,

il trasferimento dell'iscrizione dall'Albo dell'Ordine di _____

all'Ordine _____, ai sensi della normativa vigente.

Luogo _____

li ____ / ____ / ____

Firma del richiedente
