



**COLLEGIO PROFESSIONALE DEI TECNICI SANITARI DI
RADIOLOGIA MEDICA DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

(istituito ai sensi delle Leggi 4/8/65 n. 1103 e 31/1/83 n. 25)

Viale Manfredi, 72 - Tel. 3441352237

71121 FOGGIA

e-mail: tsrmfoggia@pec.it

www.tsrmpuglia.it/foggia

Al Presidente del Collegio Professionale dei Tsmr della Provincia di Foggia

Il/La sottoscritto/a,
nato/a aProv..... il.....,
residente aVia/Piazza.....n°.....,
Codice Fiscale:..... Iscritto/a all'Albo Professionale dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, tenuto presso codesto Collegio, consapevole delle sanzioni
penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 del
DPR 445 del 28 Dicembre 2000, a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazioni,

DICHIARA

di aver regolarmente pagato i contributi dovuti al Collegio per l'anno, di
non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'autorità
giudiziaria).....e di non essere sottoposto/a a
procedimenti penali o a procedimenti disciplinari e, quindi,

CHIEDE

di essere cancellato/a dall'Albo Professionale di codesto Collegio Professionale, a decorrere
dal.....per la seguente motivazione:.....

Allega:

- 1) Fotocopia documento di riconoscimento e codice fiscale;
- 2) Marca da bollo da 16 Euro.

Luogo e data.....

Firma