



Al Presidente dell'Ordine

TSRM PSTRP di Modena e Reggio Emilia

Il/La sottoscritto/a (*) _____
nato/a a _____ Prov. (____), il ___/___/_____, residente in
_____ Via/P.zza _____ n° _____,
CAP: _____ Prov. (____), iscritto all'albo professionale dei _____
/ elenco speciale _____ di questo Ordine al n° _____

Valendomi delle disposizioni di cui all' art. 4 della Legge n°15 del 04/01/1968, e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci degli artt.483, 495 e 496 del codice penale, 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARO

Di non essere sottoposto a procedimenti penali o a procedimenti disciplinari, di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria) _____

Di aver regolarmente pagato i contributi dovuti a questo Ordine Professionale SI NO

Dichiaro inoltre, sotto la mia responsabilità di non esercitare più la professione di _____
_____ a partire dal giorno _____
per collocamento a riposo o volontaria rinuncia.

Modena, li _____

Firma _____

**(allego in calce Documento d'Identità)*



*Ordine Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione
Modena e Reggio Emilia*

Indirizzo: c/o Studio Merenda Marzo Strada San Cataldo 59/5 – (41123) Modena
Tel. 327/0774361– Fax: 059/829144
Sito Internet: www.tsrmpstrpmore.it
Posta elettronica Certificata: modenareggioemilia@pec.tsrp.org