



**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)*

**Rimane in capo al Professionista l'obbligo della consultazione della propria PEC fornita dall'Ordine sino al termine dell'anno solare, ovvero sino alla disattivazione della stessa.**



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

Indirizzo: Via Giacomo Matteotti, 1 – (42048) Rubiera (RE)  
Tel. 327/0774361– Fax: 059/829144  
Sito Internet: [www.tsrmprpmore.it](http://www.tsrmprpmore.it)  
Posta elettronica Certificata: [modenareggioemilia@pec.tsrm.org](mailto:modenareggioemilia@pec.tsrm.org)