



**Al Presidente
del Collegio Professionale Interprovinciale dei TSMR
di Napoli – Avellino – Benevento – Caserta**
II Trav. Nicolardi, 32 (P.co Avolio)
80131 Napoli

DOMANDA D' ISCRIZIONE ALL' ALBO

AUTOCERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n.445)

Il/La sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____

consapevole delle sanzioni Penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamati dall'art.76 – D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della provincie di Napoli – Avellino – Benevento – Caserta

DICHIARA

ai sensi dell'art. 2 della legge n.15 del 15/01/1968, come modificato dall'art.3 della legge n.127 del 15/05/1997 e successive modificazioni

1. di essere nato/a il ___/___/_____ a _____ (_____)

2. di essere residente a _____ (_____)

Via _____ n. _____ CAP _____

N. Telefono Fisso _____ Cellulare _____

email _____

eventualmente domiciliato a _____ (_____)

Via _____ n. _____ CAP _____

di voler ricevere tutte le comunicazioni postali a _____ (_____)

Via _____ n. _____ CAP _____



3. (è obbligatorio barrare una sola delle 3 seguenti opzioni)
- di non possedere un indirizzo PEC e di chiedere l'attivazione gratuita di una nuova casella di posta certificata a mio nome;
- di possedere il seguente indirizzo PEC presso Aruba
- _____
- e di chiederne ufficialmente il trasferimento per usufruire della casella PEC gratuita, compilando il modulo allegato;
- di possedere il seguente indirizzo PEC
- _____
- e di volerlo mantenere come indirizzo PEC da professionista a sue spese.
4. di essere cittadino e di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____ (_____)
5. di aver conseguito in data ___/___/_____ presso l'Università _____ Polo Didattico _____ la Laurea in Tecniche di Radiologia per Immagini e Radioterapia (abilitante alla Professione Sanitaria di Tecnico di Radiologia Medica – Classe SNT/3) con la votazione di _____
6. di non aver riportato condanne penali. In caso positivo indicare, di seguito, tutti i tipi di condanna, anche se sia stata concessa la non menzione, l'amnistia, l'indulto, il condono o il perdono giudiziale ed i procedimenti penali eventualmente pendenti a loro carico): _____
- _____
7. di godere dei diritti civili e politici
8. di essere in possesso del seguente codice fiscale _____
9. di non essere stato iscritto precedentemente ad altro collegio TSRM. In caso positivo indicare, di seguito, quale: _____
- _____



Con la firma del presente atto il/la sottoscritto/a si impegna a versare la quota stabilita annualmente dal Consiglio Direttivo ed approvata dall'assemblea degli iscritti.

Si impegna altresì a dare tempestiva comunicazione di eventuali variazioni d'indirizzo, numero di telefono e posto di lavoro, ogniqualvolta tale variazione si verifichi.

Napoli, ____ / ____ / _____

Il/La Dichiarante

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione, nonché ai gestori dei pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.
