



Ordine dei
Tecnici Sanitari
di Radiologia Medica
e delle Professioni
Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione
e della Prevenzione
NA - AV - BN - CE

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965 n. 1103, 31.1.1983 n. 25 e 11.1.2018 n. 3
C.F. 94199060636

Al Presidente
dell'Ordine dei TSRM e delle PSTRP
di Napoli, Avellino, Benevento e Caserta
II Trav. Nicolardi, 32 (P.co Avolio) 80131 Napoli

RINUNCIA ESERCIZIO PROFESSIONE

NORME PER LA CANCELLAZIONE

LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DOVRÁ PERVENIRE ENTRO IL 31 OTTOBRE

La cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione per l'anno in corso anche se presentata il 2 gennaio. Ricevuta la comunicazione e verificata la documentazione il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione ed informerà l'interessato. Si ricorda che saranno accettate esclusivamente le domande di coloro i quali risultino in regola con i pagamenti delle quote annuali.

Per completare la domanda è necessario allegare la copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale. **Per coloro in quiescenza, allegare copia del decreto di collocamento a riposo** L'iter procedurale richiederà circa 1 mese. Si precisa che una volta cancellati per iscriversi nuovamente si dovrà seguire l'iter come se fosse una prima iscrizione. (Incluse Tassa governativa e Quota Annuale Collegio)

Il/La sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____

nato/a il ___ / ___ / _____ a _____ (_____)

residente a _____ (_____)

Via _____ n. _____ CAP _____

n. tel. _____ email _____

(N.B. TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI: NON SARANNO PRESE IN CARICO DOMANDE CON DATI PARZIALI O MANCANTI)

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 mendaci dichiarazioni degli art. 483, 495 e 496 del codice penale,

DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità, di non esercitare più la professione di

perché:

in quiescenza. Sono in pensione a partire dal ___ / ___ / _____

non esercente. Non esercito la professione dal ___ / ___ / _____

Napoli, ___ / ___ / _____

In fede

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. L'informativa per la privacy è disponibile sul sito internet: www.tsrncampania.it/privacy