



COLLEGIO
PROFESSIONALE
TECNICI
SANITARI
RADIOLOGIA
M E D I C A
VENEZIA

Data _____

Al Presidente
del Collegio Professionale dei TSRM
della provincia di Venezia
Casella Postale, 19
30171 Mestre Venezia

Io sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Cap _____ Prov (____)

via _____ n° _____

valendomi delle disposizioni di cui all'art. 2 e 26 della Legge 4/1/1968 e all' art. 46 - lettera
a) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni
e mendaci dichiarazioni

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità, di non esercitare più la professione di Tecnico
Sanitario di Radiologia Medica a partire dal _____ per collocamento a
riposo o volontaria rinuncia.

_____, li _____

In fede
