



COLLEGIO  
PROFESSIONALE  
TECNICI  
SANITARI  
RADIOLOGIA  
MEDICA  
VENEZIA

Data \_\_\_\_\_

Al Presidente  
del Collegio Professionale dei TSRM  
della provincia di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Al Presidente  
del Collegio Professionale dei TSRM  
della provincia di Venezia  
via Pirano, 14  
30174 Mestre Venezia

Oggetto: richiesta di trasferimento albo

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

iscritto al Collegio dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della provincia

di \_\_\_\_\_ dalla data del \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

CHIEDE

il trasferimento dell'iscrizione dall'albo del Collegio Professionale Provinciale  
di \_\_\_\_\_ a quello delle province di  
Venezia, in ragione del fatto di lavorare o/e di avere preso la propria  
residenza nelle provincia di Venezia, come ai sensi di legge vigente,  
e pertanto prego di inviare allo stesso Collegio Professionale il proprio fascicolo  
personale.

In fede

\_\_\_\_\_