



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

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

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
_____, in ragione del fatto di lavorare o/e di avere preso la propria
residenza nelle provincia di _____, come ai sensi di legge vigente,
e pertanto prego di inviare allo stesso Collegio Professionale il proprio fascicolo
personale.

In fede
