



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

..l.. sottoscritt.._____chiede di essere iscritt...
all'Albo professionale per **Tecnici Sanitari di Radiologia Medica** tenuto da codesto Collegio.

A tal fine

DICHIARA

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

Di essere nat... il ____/____/____ a _____prov._____

Di essere **residente** in _____CAP_____prov._____

Via/P.za _____n. _____int. _____

N°Tel. _____eventualmente **domiciliato** in _____prov._____

Via/P.za _____n. _____sc. _____int. _____CAP. _____N°Tel. _____

Di essere cittadino _____

Di aver conseguito in data _____presso _____

il Diploma di _____ (soltanto se conseguito in Italia)

Di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria)

Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____

Di non essere stato iscritto precedentemente ad altro Collegio T.S.R.M. (in caso positivo indicare quale _____)

Allega copia:

- a) Permesso di soggiorno;
- b) Diploma professionale con traduzione autenticata;
- c) Equipollenza rilasciata dal Ministero della Sanità;
- d) due foto formato tessera uguali e recenti, di cui una autenticata in carta semplice
- e) attestato godimento dei diritti civili in bollo (rilasciato dal Tribunale Civile) ricevuta versamento di € 70 c/c intestato al Collegio Professionale TSRM della provincia di Venezia
IBAN: IT89 Z063 4502 0621 0000 0000 081 presso Cassa di Risparmio di Venezia, agenzia 04046
- f) ricevuta versamento 168,00 EURO sul c/c n.8003 – intestato all’Ufficio Tasse Concessioni Governative – Centro Operativo di Pescara

Venezia, _____

Il/La Dichiarante _____