



COLLEGIO
PROFESSIONALE

TECNICI
SANITARI
RADIOLOGIA
M E D I C A
VENEZIA



Data _____

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

Il sottoscritt. _____ chiede di essere iscritt
all'Albo professionale per _____ tenuto da codesto Collegio, a tal fine

DICHIARA

Ai sensi 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

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

Di essere residente in _____ Via/P.za _____

n. _____ C.A.P. _____ Prov. _____ eventualmente domiciliato in _____

Via/P.za _____ n. _____ C.A.P. _____ N°Tel. _____

Cell. _____ E-Mail _____ Di essere cittadino _____

Di aver conseguito in data _____ presso la scuola / l'Università / _____ di _____ la laurea/diploma di _____ con la votazione di _____.

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

Di godere dei diritti civili;

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 _____)

Di essere Dipendente presso _____

Tel. _____ E-Mail _____

Allega i seguenti documenti :

a) una foto formato tessera

b) ricevuta versamento 70 € sul c/c n. , 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

c) ricevuta versamento 168,00 sul c/c n.8003 – intestato all’Ufficio Tasse Concessioni Governative di Roma.

Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazione falsa secondo quanto disposto dall’art.26 della legge 15/68.

_____ il __/__/____

in Fede
