



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

Oggetto: **richiesta di modifica recapito per corrispondenza e invio comunicazioni**

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 VENEZIA dalla data del _____ al n° _____

COMUNICA

Che il recapito dove far pervenire la corrispondenza e l'invio di comunicazione con il collegio professionale TSRM della provincia di Venezia è il seguente

In fede
