

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 2 della Legge 4 gennaio 1968, n. 15, D. P. R. 20 ottobre 1998 n. 403; D.P.R. n. 445/00)

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

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 26 L. 4.1.1968, n. 15)

### DICHIARA

di essere iscritto/a presso l'albo professionale dei TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA

MEDICA della provincia di VENEZIA al n° \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si allega Copia fotostatica del documento valido d'identità.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il /La Dichiarante

\_\_\_\_\_