



MARCA DA BOLLO

€ 16

AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DEI TECNICI SANITARI DI  
RADIOLOGIA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE  
TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE DI  
CREMONA

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A TSRM - PSTRP \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Albo</b>            | <input type="checkbox"/> Assistenti Sanitari                      | <input type="checkbox"/> Tecnico audioprotesista  |
| <input type="checkbox"/> <b>Elenco Speciale</b> | <input type="checkbox"/> Dietista                                 | <input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro |
|   | <input type="checkbox"/> Educatore professionale                  | <input type="checkbox"/> Tecnico della riabilitazione psichiatrica                      |
|   | <input type="checkbox"/> Igienista dentale                        | <input type="checkbox"/> Tecnico di neurofisiopatologia                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Logopedista                              | <input type="checkbox"/> Tecnico ortopedico   |
|   | <input type="checkbox"/> Ortottista ed assistente di oftalmologia | <input type="checkbox"/> Tecnico sanitario di laboratorio biomedico                     |
|   | <input type="checkbox"/> Podologo                                 | <input type="checkbox"/> Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva      |
|   |   | <input type="checkbox"/> Terapista occupazionale  |
|   |   | <input type="checkbox"/> TSRM   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Massofisioterapista  |

### A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ DICHIARA

- Che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive della cancellazione ed in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o disciplinare di cui all'art. 11 del DPR n. 221/1950
- Di non esercitare la libera professione dal \_\_\_\_\_
- Di ESSERE in regola con il versamento delle quote di iscrizione annua, compresa quella dell'anno in corso \***

## CHIEDE

La cancellazione dall'albo professionale con decorrenza dal \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- È in facoltà dell'interessato/a indicare che rinuncia all'iscrizione a decorrere da una determinata data, che dovrà comunque essere successiva all'atto di rinuncia.
- Allegare alla presente copia di un documento d'identità in corso di validità.

\*La cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione per l'anno in corso anche se presentata il 2 gennaio. Ricevuta la comunicazione e verificata la documentazione il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione ed informerà l'interessato/a. Si ricorda che saranno accettate esclusivamente le domande di coloro i quali risultino in regola con i pagamenti delle quote annuali.

Si precisa che una volta cancellati per iscriversi nuovamente si dovrà seguire l'iter come se fosse una prima iscrizione. (Incluse Tassa governativa e Quota Annuale Ordine)