



**Ordine**  
dei tecnici sanitari di radiologia medica e  
delle professioni sanitarie tecniche,  
della riabilitazione e della prevenzione  
di **Cremona**

ISTITUTO AI SENSI DELLE  
LEGGI: 4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983,  
n.25 e 11.1.2018, n.3  
C.F. 80002420190

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 ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO**

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

CHIEDE

ai sensi dell'art. 10 del DPR 5/04/1950 n. 21, **l'iscrizione per trasferimento a**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <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"/> Massofisioterapista                      | <input type="checkbox"/> Terapista occupazionale   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare |
|   |   | <input type="checkbox"/> TSRM  |

Tenuto presso quest'Ordine TSRM – PSTRP di Cremona **per trasferimento** dall'Ordine TSRM – PSTRP di \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n.445)

### **DICHIARA**

Di essere nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ Sesso  Maschio  Femmina

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

Di avere **IL PROPRIO DOMICILIO PROFESSIONALE in** (luogo di lavoro abituale da compilare esclusivamente se la residenza è fuori dalla provincia di Cremona) \_\_\_\_\_

Di aver conseguito il seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_

In data: \_\_\_\_\_ con votazione: \_\_\_\_\_

Di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa che impedisce l'iscrizione all'Ordine professionale;

Di non avere mai riportato condanne penali e di non avere procedimenti pendenti;

Di avere riportato le seguenti condanne penali (specificare ed allegare documentazione): \_\_\_\_\_

Di non avere carichi pendenti

Di avere i seguenti carichi pendenti \_\_\_\_\_

Di non essere sottoposto a procedimento disciplinare

Di non essere sospeso dall'esercizio della professione

Di non essere stato cancellato/a per morosità/irreperibilità, né di essere stato/a radiato/a da altro Ordine;



**Ordine**  
dei tecnici sanitari di radiologia medica e  
delle professioni sanitarie tecniche,  
della riabilitazione e della prevenzione  
di **Cremona**

ISTITUTO AI SENSI DELLE  
LEGGI: 4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983,  
n.25 e 11.1.2018, n.3  
C.F. 80002420190

Di essere regolarmente iscritto all'Albo professionale tenuto presso l'Ordine TSRM e PSTRP di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

Di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione dovuta al precedente ordine.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Avvalendosi della normativa prevista dalla L. 4 gennaio 1968, n. 15, dalla L. 7 agosto 1990, n. 241 e dalla L. 15 maggio 1997, n. 127 e del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403 allega i seguenti documenti:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità in carta libera.
- Fotocopia del numero di codice fiscale.

Per i soli cittadini stranieri:

- Fotocopia certificazione esame di lingua.