



**Ordine dei
Tecnici sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione
Provincia di Bologna**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 80080390372

MODULO DI DELEGA

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____

città _____ Prov. _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ CAP _____

città _____ Prov. _____

a: (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

Il delegante

(luogo e data) (firma)

N.B.: allegare fotocopia del documento di identità del delegante

La delega è regolamentata dall'art. 14 del Regolamento del Collegio Professionale TSRM di Bologna