

**Dichiarazione sostitutiva di
CERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE**

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____

C.F. _____

residente in via _____ n. _____

comune di _____ CAP _____ prov. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere iscritto/a dal _____ all'Albo _____
(data di iscrizione)

tenuto dall'Ordine Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP) di Bologna, sito in Via G. Gaspari, 5/3 - 40033 Casalecchio di Reno (BO) con il numero di posizione _____

(n. iscrizione albo)

(luogo e data)

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

* Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.