



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

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

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE**  
**per il contributo alla quota d'iscrizione per la partecipazione al**  
**XX CONGRESSO NAZIONALE TSRM - 4 e 5 OTTOBRE 2024, BOLOGNA**

La Commissione di Albo dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica dell'Ordine TSRM e PSTRP di Bologna, al fine d'incentivare la partecipazione al XX° Congresso Nazionale TSRM, in programma a Bologna nei giorni 4 e 5 ottobre 2024, mette a disposizione dei propri iscritti all'Albo n° 8 quote per un contributo pro-capite una tantum di euro 100,00, pari ad un importo complessivo di euro 800,00.

**Termini temporali per l'invio delle richieste:**

Dalle ore 08:00 del 30 agosto 2024 fino alle ore 12.00 del 20 settembre 2024

**Modalità d'invio della richiesta di concessione del contributo di partecipazione:**

Gli interessati dovranno inviare la richiesta di concessione del contributo rispettando le seguenti indicazioni:

- a mezzo propria PEC all'indirizzo [bologna@pec.tsrn.org](mailto:bologna@pec.tsrn.org), mettendo in cc (copia conoscenza) la mail della CdA [albotecniciradiologia@bolognatrmpstrp.it](mailto:albotecniciradiologia@bolognatrmpstrp.it) ;
- nell'oggetto della mail dovrà essere riportato ***"Richiesta contributo XX Congresso TSRM + Cognome e Nome del Richiedente"***;
- nel corpo della mail dovranno essere riportati i dati richiesti secondo il seguente facsimile:

\*\*\*\*\*

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE - RICHIESTA CONCESSIONE CONTRIBUTO UNA TANTUM PER LA  
PARTECIPAZIONE XX° CONGRESSO NAZIONALE TSRM - BOLOGNA, 4 e 5 OTTOBRE 2024**

Il/la sottoscritto/a,

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_



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

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

iscritto/a al numero \_\_\_\_\_ dell'Albo dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica dell'Ordine TSRM PSTRP di Bologna

**Codice Fiscale (C.F):** \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Alla Commissione d'Albo TSRM dell'Ordine TSRM PSTRP di Bologna, la concessione del contributo alle spese per la partecipazione al XX° Congresso Nazionale TSRM che si terrà a BOLOGNA nei giorni 4 e 5 OTTOBRE 2024.

### DICHIARA

- di essere già in regola con il pagamento della TIA per l'anno 2024 e per le precedenti annualità;
- di non avere al momento in atto provvedimenti disciplinari e/o di sospensione a suo carico;
- che, per l'evento in oggetto, non ha fatto e non farà richiesta di altri contributi per la partecipazione all'evento, che possono a lui derivare, a qualsiasi titolo, da Enti, sponsor o qualsiasi altro soggetto;
- di essere consapevole che, nel caso in cui dovesse ricevere altri contributi, a qualsiasi titolo, dovrà darne immediata comunicazione via mail al seguente indirizzo della CdA TSRM **albotecniciradiologia@bolognatrmpstrp.it**

**In Fede**  
**(Nome e Cognome)**

\*\*\*\*\*

La CdA TSRM valuterà le richieste pervenute ed individuerà gli iscritti ai quali verrà erogato il contributo tenendo conto dei seguenti criteri:

- 1. Regolare iscrizione all'Ordine TSRM PSTRP di Bologna con pagamento della TIA per l'anno in corso e per le annualità precedenti**
- 2. Assenza di provvedimenti disciplinari e/o di sospensione in atto a carico del richiedente**
- 3. Cronologia di arrivo della richiesta di concessione del contributo**
- 4. La minore età anagrafica assumerà carattere preferenziale**

La concessione del contributo sarà effettuata fino ad esaurimento delle quote deliberate.



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

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:

4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

La Commissione d'Albo TSRM provvederà entro il 27 settembre ad informare i soli designati dell'esito di accoglimento della richiesta

**Modalità di invio della richiesta per la liquidazione del contributo:**

Gli interessati, dopo aver ricevuto dalla CdA la comunicazione Ordine di accoglimento della richiesta di concessione del contributo, **entro 10 giorni dalla conclusione dell'evento (15/10/2024)** dovranno inviare la richiesta di liquidazione del contributo all'indirizzo mail della CdA TSRM [albotecniciradiologia@bolognatrmpstrp.it](mailto:albotecniciradiologia@bolognatrmpstrp.it).

**IN ALLEGATO ALLA MAIL DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE CONTRIBUTO, IL RICHIEDENTE DOVRA':**

- 1) **ALLEGARE L'ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO IN OGGETTO**
- 2) **ALLEGARE COPIA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO DI AVVENUTA ISCRIZIONE ALL'EVENTO IN OGGETTO (formato pdf leggibile)**
- 3) **ALLEGARE MODULO NOTA SPESE (che sarà fornito al beneficiario)**
- 4) **INDICARE GLI ESTREMI DEL BENEFICIARIO AL QUALE EFFETTUARE IL PAGAMENTO:**
  - COGNOME E NOME INTESTATARIO.....
  - ISTITUTO BANCARIO .....
  - COORDINATE IBAN .....

Le richieste incomplete (dei dati e/o della documentazione richiesta), o che non sono inviate dalla PEC dell'iscritto secondo le specifiche indicate, non verranno prese in considerazione e non si procederà all'erogazione del rimborso.

Qualora un candidato selezionato non presentasse la documentazione richiesta per la liquidazione del contributo ENTRO 10 GIORNI dalla partecipazione del Congresso, il beneficio acquisito decadrà e la sua quota verrà riassegnata al primo candidato in graduatoria non risultato beneficiario, benchè in possesso dei requisiti.

Si precisa che la correttezza dei dati comunicati è ad esclusivo carico e responsabilità dell'iscritto.

Il pagamento del contributo verrà effettuato entro il mese successivo alla data di invio della documentazione e dei dati richiesti nel rispetto dei tempi indicati.

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO PER LA PROTEZIONE DEI DATI 2016/679**

Informiamo che i dati personali e sensibili forniti e quelli che eventualmente si forniranno anche successivamente nell'ambito del presente Bando formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.



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

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:

4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

Il titolare del trattamento dati è l'Ordine TSRM e PSTRP di Bologna, con sede legale in via Ugo Bassi, 1 – 40121 Bologna. Il DPO (Responsabile della Protezione dei dati), a cui è possibile rivolgersi per esercitare i diritti di cui all'art. 13 del GDPR e/o per eventuali chiarimenti in materia di tutela dati personali, contattabile via mail all'indirizzo [dpobologna@tsrm.org](mailto:dpobologna@tsrm.org) oppure [dpobologna@pec.tsrm.org](mailto:dpobologna@pec.tsrm.org)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003, si informa che i dati personali forniti e raccolti in occasione del presente bando di manifestazione d'interesse verranno trattati esclusivamente per dare esecuzione alla richiesta di contributo.