



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

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

## AUTOCERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROFESSIONALE

(Art. 46 – lettera i) D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo emerge la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### DICHIARA

di essere iscritto/a dal \_\_\_\_\_ all'Albo/ESE \_\_\_\_\_  
(data di iscrizione)

tenuto dall'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP) di Bologna, sito in Galleria Ugo Bassi, 1 - 40121 Bologna (BO), nella posizione N° \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Allegare al modulo una fotocopia (leggibile), non autenticata di un documento di identità in corso di validità del/la dichiarante.

**Ordine TSRM PSTRP della Provincia di Bologna**

Galleria Ugo Bassi, 1 – 40121 Bologna (BO)

Tel. 0510081168 - C.F. 80080390372

Email: [bologna@tsrm.org](mailto:bologna@tsrm.org) - PEC: [bologna@pec.tsrm.org](mailto:bologna@pec.tsrm.org) - Sito web: <https://bolognatrmpstrp.it/>