



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

NELLA DOMANDA DEVE ESSERE
APPOSTO IL BOLLO DA € 16,00

L'imposta è a carico del richiedente o
del destinatario del certificato, che
devono procedere all'annullamento ai
sensi dell'art. 12 del D.P.R. 26 ottobre
1972 n. 642

**Al Presidente dell'Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
della Provincia di Bologna**

Galleria Ugo Bassi, 1 – 40121 Bologna

e, p.c. Al Presidente dell'Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Professione
di _____

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ il ____/____/____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
Via/P.zza _____ n° _____
Tel/Cell _____ E-mail _____
PEC _____
attualmente iscritto/a all'Albo Professionale dei/degli _____
_____ al n° _____ dell'Ordine dei TSRM e delle PSTRP di _____

a seguito del trasferimento nella Provincia di Bologna:

del domicilio professionale prevalente

della propria residenza

Ordine TSRM PSTRP di Bologna e Provincia

Ufficio: Galleria Ugo Bassi, 1 - 40121 Bologna – Tel. 051.008168

C.F. 80080390372 – Sito web: www.bolognatsrmpstrp.it

Email: bologna@tsrm.org – PEC: bologna@pec.tsrm.org



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

CHIEDE

di trasferire la propria iscrizione all'Albo Professionale dei/degli
_____ tenuto dall'Ordine dei TSRM e delle PSTRP
di _____ a quello tenuto
dall'Ordine dei TSRM e delle PSTRP di Bologna, come ai sensi della legge vigente, e pertanto
prego di inviare all'Ordine TSRM e PSTRP di Bologna il proprio fascicolo personale.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di avere conseguito il Diploma di Laurea di _____
presso l'Università degli Studi di _____;
- di godere dei diritti civili;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della normativa vigente;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali;

Ordine TSRM PSTRP di Bologna e Provincia

Ufficio: Galleria Ugo Bassi, 1 - 40121 Bologna – Tel. 051.008168

C.F. 80080390372 – Sito web: www.bolognatrmpstrp.it

Email: bologna@tsrm.org – PEC: bologna@pec.tsrm.org



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

di essere in regola con il versamento dei tributi annuali degli anni precedenti e di quello
in corso;

di svolgere la propria attività professionale in regime di _____
presso _____.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara inoltre:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale per la protezione dei Dati Personali EU 679/2016 (G.D.P.R.) che, il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato da parte dell'Ordine TSRM PSTRP di Bologna - in qualità di Titolare del trattamento - al fine di attivare l'istruttoria nonché per la gestione di ogni altro adempimento di legge legato alle procedure di trasferimento. Ai sensi dell'art. 6 del GDPR, il conferimento dei dati per l'espletamento delle finalità suindicate ha natura obbligatoria in quanto richiesto per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico nonché per l'assolvimento di obblighi stabiliti da leggi (D.M. Salute 13 marzo 2018) e regolamenti. Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati richiesti non consentirà il corretto prosieguo del sopracitato iter amministrativo, unitamente all'impossibilità in alcuni casi di adempiere ad obblighi normativi. Si precisa che l'Ordine TSRM PSTRP di Bologna tratterà i dati personali conferiti con modalità informatiche e cartacee, nell'ambito dell'esecuzione di un compito di



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

interesse pubblico e per le finalità di legge previste degli Ordini Professionali TSRM e PSTRP.

I dati contenuti nel presente modulo non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella gestione dell'Ordine. Potranno essere comunicati ad altri enti pubblici e alle Autorità competenti in relazione ai quali è previsto l'obbligo di comunicazione - se previsto dalla normativa vigente - o su richiesta di soggetti legittimati a richiederli.

I dati personali forniti, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per il periodo temporale legato alle finalità dell'iscrizione all'Albo e per quelle istituzionali dell'Ordine. È comunque Vs. facoltà esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15-22 del citato regolamento. Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati e all'esercizio dei citati diritti, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD / DPO) al seguente indirizzo e-mail: dpobologna@tsrm.org.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 relativa al trattamento dei propri dati personali.

(Luogo e data)

(Firma leggibile)

Allegare i seguenti documenti:

- Copia, fronte/retro, di un documento di riconoscimento in corso di validità
- Copia, fronte/retro, del Codice Fiscale
- Si raccomanda di scrivere in stampatello e in modo chiaro e leggibile tutti i dati

Per la trasmissione del modulo di trasferimento e dei documenti allegati si raccomanda di utilizzare il formato **.pdf**.

Ordine TSRM PSTRP di Bologna e Provincia

Ufficio: Galleria Ugo Bassi, 1 - 40121 Bologna – Tel. 051.008168

C.F. 80080390372 – Sito web: www.bolognatrmpstrp.it

Email: bologna@tsrm.org – PEC: bologna@pec.tsrm.org