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

# 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 emerga 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 _____/_____/_____(data di iscrizione) all'Albo/ESE dei/degli _____

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)