



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

**Al Presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP
di Bologna**
Galleria Ugo Bassi, 1 – 40121 Bologna (BO)

MODULO DI RICHIESTA PER L'ESAME DI ACCERTAMENTO DELLA LINGUA ITALIANA

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____
Nazionalità _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
Via/P.zza _____ n° _____
Tel/Cell _____ E-mail _____
PEC _____

CHIEDE

di sostenere l'esame per l'accertamento della lingua italiana.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ di essere cittadino/a _____;

☐ di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito in _____;

☐ di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del titolo di studio estero abilitante,
rilasciato dal Ministero della Salute italiano in data _____, protocollo
numero _____;

☐ di non aver già sostenuto presso altro Ordine TSRM e PSTRP l'esame di accertamento
della conoscenza della lingua italiana;



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

oppure

☐ di aver già sostenuto con esito negativo l'esame di accertamento della conoscenza della lingua italiana in data _____ presso l'Ordine di _____;

☐ di voler presentare, a seguito del superamento dell'esame, domanda di iscrizione presso l'Ordine TSRM e PSTRP di Bologna per la professione sanitaria di _____;

☐ di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a in data _____, con scadenza _____.*

*** Voce da compilare esclusivamente da parte dei cittadini extracomunitari.**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di essere informato/a che l'Ordine TSRM e PSTRP di Bologna (Titolare del trattamento) tratterà i dati personali forniti esclusivamente per la gestione della domanda, l'organizzazione, lo svolgimento e la comunicazione dell'esito dell'**Esame di accertamento della conoscenza della lingua italiana**, nonché per i successivi adempimenti legati all'iscrizione all'Albo e agli obblighi di legge.

Il conferimento dei dati è obbligatorio: l'omissione o l'inesattezza dei dati potrà comportare l'esclusione dalla procedura d'esame.

Il trattamento avverrà con modalità cartacee e informatiche. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati alla Commissione esaminatrice, a Enti pubblici o Autorità competenti, nei limiti previsti dalla legge. La conservazione avverrà per il tempo strettamente necessario al completamento della procedura e per i termini di conservazione degli atti amministrativi.

Per l'esercizio dei diritti previsti dagli artt. 15-22 del GDPR, è possibile contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) ai seguenti recapiti:

- email: dpobologna@tsrm.org;

- PEC: dpobologna@pec.tsrm.org.

(Luogo e data)

(Firma)