

MARCA DA
BOLLO
€ 16,00

ALL'ORDINE INTERPROVINCIALE DEI TECNICI SANITARI di RADIOLOGIA MEDICA E
DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DELLA RIABILITAZIONE E DELLA
PREVENZIONE di AQ-CH-PE-TE
AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI T.S.R.M. e P.S.T.R.P. di AQ - CH - PE - TE

.l. sottoscritt. _____, nat... il ____ / ____ / ____

a _____ Prov. _____

_____, e residente in _____

Prov. _____, Via/P.za _____ n. _____

C.A.P. _____, iscritt...

all'Albo Professionale al N° _____,

chiede di essere cancellat ... da codesto Ordine per la seguente motivazione:

- Non esercita più la professione di
- Non ha mai esercitato la professione di.....;
- Altro motivo; (indicare quale)

Allega:

a) Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

_____ li _____

FIRMA _____