

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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. P.S.T.R.P. di AQ - CH - PE - TE

..l. sottoscritt. _____,

c.f. _____,

nat... il ____ / ____ / ____ a _____ Prov. _____

e residente

in _____ Prov. _____,

Via/P.za _____ n. _____

C.A.P. _____,

iscritt... all'Albo Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e
delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della
Prevenzione di _____ al N° _____,

chiede di essere trasferit...

dall'Ordine di _____

a codesto Ordine _____

per motivi di residenza e lavorativi.

Allega: a) Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

_____ li _____

FIRMA _____