



**Ordine dei
Tecnici sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione
delle province di Venezia e Padova**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 90179980272

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/a sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. (____)
C.F. _____ identificato mediante documento di
riconoscimento _____ Numero: _____

Residente in via _____
comune di _____ CAP _____
Prov. _____

e operante in via esclusiva o principale nella struttura :
nome _____ con sede in _____ (____)
indirizzo _____

DICHIARA

Di essere iscritt_ all'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della Province di Venezia e Padova:

- Numero di iscrizione: _____ (<https://webiscritti.tsmweb.it/Public/RicercaIscritti.aspx>)
- Delibera del _____
- PROFESSIONE: _____

Si allega fotocopia di documento di identità valido.

_____ il ____/____/____

Firma