



**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

**Al Presidente dell'Ordine delle Professioni
TSRM PSTRP Venezia e Padova
Via Ca' Marcello 61 - 30171 Mestre(VE)**

Il/La sottoscritto/a _____
Nazione _____
residente a _____
in via _____ nr. _____ CAP _____
domiciliato a _____
in via _____ nr. _____ CAP _____
Recapito Telefonico _____
e-mail _____ @ _____

CHIEDE

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

DICHIARA

Ai sensi del DPR 28/12/2000
n.445 (barrare solo le caselle
che interessano)

- di essere cittadino/a _____
- di essere in possesso del seguente Codice Fiscale _____
- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- di essere in possesso del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante rilasciato dal Ministero della Salute il _____ numero di protocollo _____
- di non aver sostenuto presso altro Ordine TSRM PSTRP l'esame sulla buona conoscenza della lingua italiana
- di aver già sostenuto con esito negativo, presso l'Ordine di _____ l'esame di lingua italiana in data _____
- di volersi iscrivere all'TSRM PSTRP delle Provincia di _____
- per la professione di _____
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a il _____



**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

ALLEGA

- 1) Fotocopia di un documento d'identità valido accompagnata dal documento originale per la validazione di **copia conforme**;
- 2) Fotocopia del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante rilasciato dal Ministero della Salute Italiano;
- 3) Fotocopia del diploma conseguito in un paese terzo con traduzione in lingua italiana
- 4) Fotocopia del permesso di soggiorno valido (solo cittadini Extracomunitari)

DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che la presente istanza è presentata utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa in materia di autocertificazioni e che, conseguentemente ai controlli eseguiti in base all'art. 71 D.P.R 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R 445/2000).

RICHIEDE

l'inoltro delle comunicazioni prodotte dalla presente domanda all'indirizzo @mail seguente:

DATA _____ FIRMA _____



**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

******* Informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 *******

Ai sensi del art. 13 del Reg. UE 2016/679, ORDINE TSRM E PSTRP DI VENEZIA E PADOVA, Via Ca' Marcello, 61 - 30172 Venezia, in qualità di Titolare del Trattamento, informa che il trattamento dei Vs. dati personali sarà effettuato al fine di attivare l'istruttoria per dar seguito alla sua richiesta e per la gestione di ogni altro adempimento di legge. Ai sensi dell'art. 6 del citato regolamento, per il trattamento dei dati per le finalità indicate non è necessario il consenso in quanto necessario per adempiere a un obbligo di legge (D.M. Salute 13 marzo 2018) e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico. Il conferimento è obbligatorio, e in caso di rifiuto non potrà essere valutata la richiesta. I dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici in relazione ai quali è previsto l'obbligo di comunicazione, e a professionisti che prestano consulenza a favore dell'ordine. I dati (nome, cognome, luogo e data di nascita), inoltre, potranno essere oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul sito dell'Ordine. Il trattamento sarà effettuato con strumenti cartacei ed elettronici. Il periodo di conservazione dei dati è illimitato. È comunque Vs. facoltà esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15-22 del citato regolamento. Per tutte le questioni relative al trattamento dei dati e all'esercizio dei citati diritti, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) al seguente indirizzo e-mail: dpo@tsrmpstrpvenezia.it

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 relativa al trattamento dei propri dati personali.

(Luogo), (data) (firma leggibile)
