



Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e
delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione
e della Prevenzione della provincia di Vercelli e Biella
Via Ivrea 22 - 13900 Biella
C.F. 80003240027
www.ordinevercellibiella.org
vercelli@tsrm.org
vercelli@pec.tsrm.org

All'Ordine Professionale dei TSRM e delle Professioni

Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della

Prevenzione delle Province di Vercelli e

Biella

Via Ivrea 22 BI

p.c. al Ordine TSRM-PSTRP di _____

MARCA DA BOLLO 16€

RICHIESTA DI TRASFERIMENTO

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROV _____

RESIDENTE A _____ PROV _____

CAP _____ VIA _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PEC _____

CODICE FISCALE _____

DIPENDENTE COLLABORATORE ALTRO DAL _____

ENTE AZIENDA _____ DI _____



Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e
delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione
e della Prevenzione della provincia di Vercelli e Biella
Via Ivrea 22 - 13900 Biella
C.F. 80003240027
www.ordinevercellibiella.org
vercelli@tsrm.org
vercelli@pec.tsrm.org

Di aver conseguito in data

___/___/___ presso l'Università degli Studi di _____

il DIPLOMA DI LAUREA in: _____

___/___/___ presso l'Università degli Studi di _____

il MASTER DI 1° LIVELLO in: _____

___/___/___ presso l'Università degli Studi di _____

il DIPLOMA DI LAUREA MAGISTRALE in: _____

Attualmente iscritto all'albo _____ presso
l'ordine TSRM PSTRP _____

DICHIARA INOLTRE

- di aver regolarmente versato i contributi dovuti, anno in corso e anni pregressi;
- l'assenza di procedimenti penali pendenti o procedimenti disciplinari

Chiede il trasferimento all'Ordine TSRM PSTRP di Vercelli e Biella dall'ordine
di _____

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/3 sulla
privacy.

I dati contenuti nella presente scheda non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli
coinvolti nella gestione collegiale.

Data

Firma
