



**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 Provincie di Venezia e Padova:

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

Si allega fotocopia di documento di identità valido.

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma