



**Ordine dei  
Tecnici sanitari  
di radiologia medica  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione  
della provincia di Mantova**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3  
C.F. 80029070200

**NON APPORRE MARCHE DA BOLLO**

## **RICHIESTA CERTIFICATO ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ ), il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_\_ )

Iscritto all'albo professionale/elenco speciale dei \_\_\_\_\_

al n° \_\_\_\_\_ di codesto Ordine

### **CHIEDE**

Il rilascio di un certificato attestante: (barrare la casella che interessa)

- L'iscrizione all'Albo professionale dei \_\_\_\_\_
- L'iscrizione all'Elenco Speciale dei \_\_\_\_\_

Con la presente autorizzo il trattamento dei dati personali per finalità connesse al rilascio del certificato d'iscrizione, ai sensi delle norme vigenti sulla privacy

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma