

Spazio riservato
alla segreteria

Domanda in entrata:

Protocollo _____

Risposta in uscita:

Protocollo _____

Apporre una
marca da bollo
di € 16,00

Al Presidente dell'Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
della Provincia Autonoma di Trento
Via Ezio Maccani, n. 211
38121 Trento (TN)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

contestuale alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____
chiede la propria cancellazione dall'Albo Professionale dei/degli _____
tenuto dall'Ordine dei TSRM e delle PSTRP della Provincia Autonoma di Trento,
con decorrenza dal giorno ___/___/___ per la seguente motivazione _____
_____ a tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni
o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- di essere nato/a il ___/___/___ a _____ Provincia _____;
- di essere cittadino/a italiano/a;
- di essere residente nel comune di _____ Provincia _____
via/p.zza _____ n. _____ sc. _____ int. _____ C.A.P. _____;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei/degli _____
tenuto dall'Ordine dei TSRM e delle PSTRP della Provincia Autonoma di Trento al numero _____;
- che dalla data sopra indicata non esercita/eserciterà più la relativa attività professionale, in Italia, né quale
volontario, né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente e né in altre forme contrattuali;
- di non avere procedimenti penali pendenti e di non avere riportato condanne penali passate in giudicato per
delitti che comportino l'interdizione dalla professione e di non essere stato condannato con sentenza
passata in giudicato, salvo riabilitazione, a pena detentiva non inferiore a due anni per reato non colposo,
ovvero (CANCELLARE LA PARTE NON UTILIZZATA) di aver riportato le seguenti condanne o di aver
i seguenti procedimenti in atto _____;
- di essere a conoscenza che solo la domanda di cancellazione inviata entro il 31/10 esonera dal pagamento
della tassa di iscrizione annuale all'Albo per l'anno successivo rispetto quello di presentazione della stessa;
- di essere informato che la casella di posta elettronica certificata (PEC), fornita dall'Ordine dei TSRM e
delle PSTRP, verrà disattivata nell'anno successivo a quello di decorrenza della cancellazione dall'Albo;

Inoltre, comunica i seguenti recapiti:

- domicilio (recapito se diverso da residenza) in _____ Provincia _____
via/p.zza _____ n. _____ sc. _____ int. _____ C.A.P. _____
- telefono _____ cellulare _____ e-mail _____;

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in
caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al
provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 del D.P.R. 28
dicembre 2000, n. 445) dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Trento, _____

Firma _____

In allegato fotocopia, fronte e retro, della Carta di Identità in corso di validità.

Il/la sottoscritto/a, dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n.
196 e ss.mm.ii., in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dalla Legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.,
acconsente al trattamento dei dati forniti con le modalità adeguate (anche strumentali, informatiche ed
automatizzate) per le finalità di legge previste degli Ordini Professionali TSRM e PSTRP.

Trento, _____

Firma _____

Note informative (da non riportare nella domanda):

La domanda va inoltrata in bollo al Presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP della Provincia Autonoma di Trento.

Importante: inserire nella domanda, sempre, le motivazioni della richiesta di cancellazione.

È gradita la trasmissione a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC)

LA CANCELLAZIONE NON ESTINGUE DEBITI PREGRESSI.

La cancellazione dall'Albo Professionale è pronunciata dal Consiglio direttivo su richiesta dell'interessato, nei casi: a) di perdita, da qualunque titolo derivata, della cittadinanza italiana o del godimento dei diritti civili; b) di trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto; c) di trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione; d) **di rinuncia all'iscrizione**; e) di morosità nel pagamento della tassa di iscrizione. La cancellazione, tranne nei casi di cui alle lettere d) ed e), non può essere pronunciata se non dopo aver sentito l'interessato. Nel caso di cui alla lettera b) il sanitario che eserciti all'estero la libera professione ovvero presti la sua opera alle dipendenze di ospedali, di enti o di privati, può mantenere, a sua richiesta, l'iscrizione all'Albo Professionale di appartenenza.

Quota tassa annuale: per essere cancellato dal ruolo esattoriale dell'anno successivo, la domanda di cancellazione deve pervenire al collegio entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso. Per la cancellazione dall'Albo Professionale occorre, entro il 31 ottobre dell'anno in corso, inviare a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC una richiesta firmata alla quale deve essere allegata una fotocopia fronte-retro di un documento di riconoscimento valido. Nella richiesta devono essere indicati, chiaramente, la residenza ed il recapito ove inviare eventuali comunicazioni e le motivazioni della cancellazione. Altrimenti è possibile recarsi, muniti di un valido documento di riconoscimento in corso di validità, presso la segreteria dell'Ordine di appartenenza e compilare il modulo di cancellazione, sempre entro il 31 ottobre dell'anno in corso.