

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**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**

*da inoltrarsi all'Ordine che detiene il proprio Albo d'iscrizione, scegliendo una delle modalità:*

- a mezzo e-mail all'indirizzo di posta elettronica *trento@tsrm.org* unitamente a copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità
- a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo *trento@pec.tsrm.org*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ con codice fiscale \_\_\_\_\_ ed iscritto al  
numero \_\_\_\_\_ dell'Albo Professionale dei \_\_\_\_\_

## DICHIARA CHE

**il proprio indirizzo di residenza è variato e corrisponde a quello di seguito riportato in tabella**

|  |  |
|--|--|
| <b>Via/Viale/Piazza/Largo</b>                |  |
| <b>Numero civico</b>                         |  |
| <b>Località/frazione</b>                     |  |
| <b>Codice di Avviamento Postale (C.A.P.)</b> |  |
| <b>Comune</b>                                |  |
| <b>Provincia</b>                             |  |

Fornisce come recapiti: telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, sotto la propria responsabilità dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

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

Firma \_\_\_\_\_

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., e acconsente al trattamento dei dati forniti mediante le modalità adeguate (anche strumentali, informatiche ed automatizzate) per le finalità di legge previste degli Ordini Professionali TSRM e PSTRP.

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

Firma \_\_\_\_\_