



## DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEL COLLEGIO DEI TECNICI SANITARI DI RADIOLOGIA MEDICA DI ANCONA E ASCOLI PICENO

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità civili e penali dettate dall' articolo 2 legge 15/01/1968 n. 15, come modificato all'art. 3 legge 15/05/1997 n. 127 e dell'art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 riguardante autocertificazioni e la decadenza dei benefici derivanti da false o mendaci dichiarazioni . Inoltre dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di dover comunicare al Collegio ogni variazione anagrafica e dei titoli

FOTO TESSERA

MARCA DA BOLLO  
€14,62

### RISERVATO AL COLLEGIO

Protoc. Domanda n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Delibera iscrizione n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nuovo iscritto N. Albo \_\_\_\_\_

Trasferimento da

### AL Sig. PRESIDENTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cod. fisc. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

chiede di essere iscritto/a all'Albo professionale tenuto da codesto Collegio e per questo **AUTOCERTIFICA:**

*Da compilare solo in caso di cittadino italiano*

Di essere *residente* in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Di aver conseguito la laurea all'Università / diploma nella scuola di \_\_\_\_\_ in

data \_\_\_\_\_ con la seguente votazione \_\_\_\_\_

Di non avere riportato condanne penali (in caso positivo compilare 2° pagina)

Di godere dei diritti civili e di non essere stato interdetto dai pubblici uffici

Di non essere mai stato iscritto ad altro Collegio (in caso positivo compilare 2° pagina)

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

in caso di necessità segue in 2° pagina

inoltre autocertifica:

Di essere stato condannato per il reato \_\_\_\_\_

Di essere stato iscritto al Collegio di \_\_\_\_\_

Di essere stato cancellato o radiato o sospeso dal Collegio di \_\_\_\_\_

per \_\_\_\_\_

*Da compilare in caso di cittadino italiano con domicilio diverso dalla residenza o da cittadino straniero*

Di essere domiciliato In \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ scala \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**Da compilare solo se cittadino straniero**

- Di essere cittadino \_\_\_\_\_ di essere in regola con il permesso di soggiorno
- di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzioni, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti al casellario giudiziale.
- Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.
- **Di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di Laurea**

Chiede che tutte le comunicazioni gli siano inviate  alla residenza  al domicilio

**Questa pagina è da firmare e consegnare solo se è stata compilata**

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare i seguenti documenti:**

- Fotocopia di documento di riconoscimento valido e con **foto ben leggibile**
- Fotocopia della tessera del codice fiscale **foto ben leggibile**
- Diploma di abilitazione o Laurea o certificato equipollente in originale o copia autenticata
- Ricevuta di versamento di € 68,00 sul c/c. postale n. 13158605 oppure bonifico banca CREDEM coordinate bancarie: IT36 Z030 3202 6000 1000 0000 172 intestato a Collegio Tecnici Radiologia Medica di Ancona e Ascoli Piceno
- Ricevuta di versamento € 168,00 c/c. postale n. 8003 intestato Agenzia delle Entrate l'Ufficio Tasse Concessioni Governative Roma. Causale "Iscrizione Albi professionali" codice 8817
- ***Si raccomanda di scrivere in stampatello e in modo molto chiaro tutti i dati***
- *Per confermare l'esattezza dell'indirizzo di posta elettronica è consigliabile inviare una e-mail*

(\*) L'autenticazione del diploma o laurea, le fotocopie e il versamento di € 68,00 possono essere effettuati direttamente alla consegna dei documenti. (Ricordarsi di portare gli originali)