

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
CONTESTUALE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO
TENUTO DALL'ORDINE TSRM-PSTRP**

MARCA DA
BOLLO
€ 16,00
GIÀ PRODOTTA

DELLE PROVINCE DI GORIZIA PORDENONE TRIESTE UDINE

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 delle Province di Gorizia Pordenone Trieste Udine**

Il/la sottoscritto/a (cognome - nome) _____

CONTESTUALMENTE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

all'Albo dei _____
tenuto dall'Ordine TSRM e PSTRP delle Province di Gorizia Pordenone Trieste Udine, **consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge, per false attestazioni o mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) e delle leggi speciali in materia**

DICHIARA

- di essere nato/a il _____ a _____ provincia _____;
- di avere la cittadinanza italiana (o altra) _____;
- di essere in possesso del seguente codice fiscale _____;
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di non avere alcun carico pendente risultante dal certificato generale del casellario giudiziale ovvero (indicare i carichi pendenti risultanti dal certificato generale del casellario giudiziale) _____;
- che la fotografia, in formato fototessera, allegata rappresenta la propria attuale effigie;
- di essere in possesso del seguente titolo abilitante alla professione _____
_____;
- conseguito in data _____ presso (inserire tutte le informazioni utili per la valutazione della veridicità della dichiarazione, quali recapiti/indirizzi email, PEC dell'Ente che ha rilasciato il titolo abilitante) _____;
- di aver ottenuto l'atto autorizzativo certificante l'assenza di impedimenti all'iscrizione all'Albo (art. 5 DM 13/03/2018);
- di esercitare la professione dal (data inizio attività) _____;
- di esercitare la professione presso (inserire tutte le informazioni utili per la valutazione della veridicità della dichiarazione, quali recapiti, indirizzi, email, PEC, ...) _____
- in qualità di (subordinato, libero professionista, studente, ...) _____
- di essere residente a (città) _____ prov. _____
- in (via/piazza numero civico) _____;
- di essere domiciliato a (indicare solo se diverso dalla residenza) _____ prov. _____
- in (via/piazza numero civico) _____;
- i propri recapiti telefonici _____ mobile _____;
- il proprio indirizzo e-mail _____;
- di essere informato e di accettare che ogni comunicazione con l'Ordine avverrà tramite e-mail e/o PEC;
- di essere a conoscenza e di accettare che, durante il periodo d'iscrizione all'Albo, per adempiere a quanto disposto dall'art. 16 della Legge 28/01/2009, n. 2, di conversione del D.L. 29/11/2008, n. 185, deve fornire all'Ordine un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) adeguato, il cui indirizzo sarà pubblicato nell'Indice Nazionale Indirizzi di Posta Elettronica Certificata (INI-PEC) istituito in attuazione del D.L. 18/10/2012, n.179, e convertito con modificazioni nella Legge 17/12/2012, n. 221;
- indirizzo pec mail (obbligatorio): _____
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ordine, con le modalità stabilite, ogni variazione dei dati dichiarati con la presente.
- di essere in possesso di una polizza RC professionale per adempiere a quanto disposto legge 8 marzo 2017, n. 24 (legge Gelli) n° _____ riferimenti agenzia (inserire tutte le informazioni utili per la valutazione della veridicità della dichiarazione, quali recapiti/indirizzi email, PEC dell'Agenzia che ha stipulato la polizza)

_____ e di inviare copia del contratto all'Ordine per la valutazione di adeguatezza/idoneità della polizza.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, 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. 28/12/2000, n. 445), dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Il/la sottoscritto/a, acconsente, ai sensi del D.lgs. 196/30/06/2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) al trattamento e alla comunicazione dei dati forniti con le modalità adeguate (anche strumentali, informatiche ed automatizzate), per tutte le finalità di Legge previste dalle funzioni in capo agli Ordini Professionali TSRM e PSTRP.

(luogo) _____, (data) _____ (firma leggibile) _____