



**Ordine dei
Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
e delle Professioni Sanitarie Tecniche,
della Riabilitazione e della Prevenzione
della Provincia di Brescia**

AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE T.S.R.M.-P.S.T.R.P. DI BRESCIA

Il/La sottoscritt... _____ nat... il _____

a _____ prov. _____ e residente

a _____ prov. _____ in via / piazza

_____ n° _____ c.a.p. _____

avente il codice fiscale _____ e n° tel. _____

valendomi delle disposizioni di cui agli art. 4 e 26 della Legge 04/01/1968 n°15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni degli art. 483, 495 e 496 del codice penale

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità di non esercitare più la professione di _____

_____ a partire dal _____ per

collocamento a riposo o volontaria rinuncia.

Brescia, _____

In fede
