

AUTENTICA DI FOTOTESSERA

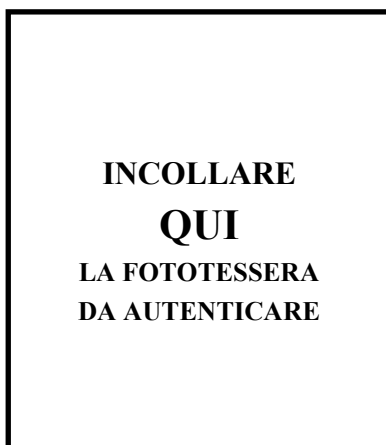
(contestuale alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**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**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a il giorno _____ a _____ provincia _____
residente in via/viale/piazza/largo _____ n. _____
C.A.P. _____ comune _____ provincia _____
con codice fiscale _____ e **consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni,
sotto la sua personale responsabilità (ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

DICHIARA CHE

la fotografia (formato fototessera) nel sottostante riquadro raffigura la propria attuale effige.



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 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 _____