

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il giorno  
\_\_\_\_\_ con codice fiscale \_\_\_\_\_

e 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

con decorrenza dal giorno \_\_\_\_\_ è iscritto/a al numero \_\_\_\_\_  
dell'Albo Professionale dei \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tenuto dall'Ordine dei Tecnici Sanitari  
di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, delle Riabilitazione e  
della Prevenzione della Provincia Autonoma di Trento.

Luogo e data,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)

ALLEGATO: Documento di riconoscimento in corso di validità