



Ordine Interprovinciale dei Tecnici  
Sanitari di Radiologia Medica e  
delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della  
Prevenzione di Campobasso-Isernia

Al Presidente dell'Ordine Interprovinciale dei Tecnici Sanitari  
di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche,  
della Riabilitazione e della Prevenzione di Campobasso-Isernia  
Via Duca degli Abruzzi 1/C - 86100 Campobasso

Il/La sottoscritto/a .....,  
nato/a a ..... il .....,  
residente a ..... Via .....,  
numero di codice fiscale ..... Iscritto/a all'Ordine professionale  
Tecnici sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e  
della Prevenzione, tenuto presso codesto Ordine, consapevole delle sanzioni penali cui può andare  
incontro in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre  
2000,

### **A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

#### **DICHIARA**

di aver regolarmente pagato i contributi dovuti all'Ordine per l'anno .....,  
di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'autorità Giudiziaria).....

.....  
e di non essere sottoposto/a a procedimenti penali o a procedimenti disciplinari e, quindi,

**CHIEDE DI ESSERE CANCELLATO/A DALL'ORDINE PROFESSIONALE DI  
CODESTO ORDINE ..... PER VOLONTARIA RINUNZIA.**

Città e data .....

Firma .....