

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_ documento di  
riconoscimento numero: \_\_\_\_\_ residente in  
via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Di essere iscritt\_ all'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione della Provincie di Venezia e Padova:

- Numero di iscrizione: \_\_\_\_\_
- Delibera: \_\_\_\_\_
- Del: \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di documento di identità valido.

\_\_\_\_\_  
(Luogo), (data)

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)