



Applicare qui la  
marca da bollo

**Da inviare a mezzo PEC** a: [bellunotrevisovicenza@pec.tsrp.org](mailto:bellunotrevisovicenza@pec.tsrp.org)

e, p.c., all'Ordine presso il quale il richiedente risulta già iscritto

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... (.....) il .....  
cittadinanza ..... residente in ..... CAP .....  
Comune di ..... (.....) Codice Fiscale ..... in possesso  
del seguente titolo di studio .....  
attualmente iscritto/a all'Ordine TSRM-PSTRP di .....

**CHIEDE** di trasferire la propria iscrizione presso codesto Ordine

Luogo ..... data..... firma .....

recapito telefonico .....

Documentazione da allegare alla presente richiesta:

- autocertificazione del titolo abilitante alla professione sanitaria;
- autocertificazione contestuale di nascita, residenza, godimento dei diritti civili e cittadinanza;
- autocertificazione del casellario giudiziale e carichi pendenti;
- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento e del Codice Fiscale.