



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI TSRM - PSTRP DELLA PROVINCIA DI VERONA

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_)

C.F. \_\_\_\_\_

documento di riconoscimento – numero \*: \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del GDPR 2016/679

### DICHIARA

Di essere iscritto all'albo di (specificare la professione) \_\_\_\_\_

numero di iscrizione \_\_\_\_\_ dell'Ordine dei TSRM-PSTRP della Provincia di Verona e di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione all'Ordine .

.

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Firma

\*Allega fotocopia documento di riconoscimento