

**Carissimo/a Collega,**

di seguito riportiamo alcuni punti importanti per la richiesta di **CANCELLAZIONE DALL'ALBO** che Lei sta inoltrando al Collegio Professionale TSRM al quale è iscritto/a.

La cancellazione dall'albo è pronunciata dal Consiglio direttivo su richiesta dell'interessato, nei casi:

- a) di perdita, da qualunque titolo derivata, della cittadinanza italiana o del godimento dei diritti civili;
- b) di trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto;
- c) di trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione;
- d) di rinuncia all'iscrizione;
- e) di morosità nel pagamento della tassa di iscrizione;
- f) quiescenza.

*La cancellazione, tranne nei casi di cui alle lettere d) ed e), non può essere pronunciata se non dopo aver sentito l'interessato.*

*Nel caso di cui alla lettera b) il sanitario che eserciti all'estero la libera professione ovvero presti la sua opera alle dipendenze di ospedali, di enti o di privati, può mantenere, a sua richiesta, l'iscrizione all'Albo dell'Ordine o del Collegio professionale dal quale è stato cancellato.*

*La deliberazione della cancellazione non potrà avvenire se non si è in regola con i contributi dovuti per l'anno in corso e per gli anni pregressi*

### **Termine utile per la Cancellazione**

Per essere cancellato dal ruolo esattoriale dell'anno successivo, la domanda di cancellazione deve pervenire al collegio entro e non oltre il 31 novembre dell'anno in corso. In caso contrario verrà emessa la quota da versare per l'anno successivo.

M. B.

Spettabile  
Collegio Professionale  
Interprovinciale dei T. S. R. M.  
**NOVARA e V.C.O.**

**OGGETTO:** Istanza di **CANCELLAZIONE** dall'Albo Professionale Interprovinciale.

Il/La sottoscritt\_\_ T.S.R.M. \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/;

iscritto/a all'Albo dei T.S.R.M. di questo COLLEGIO al N° \_/\_/\_/;

**a causa di** \_\_\_\_\_

**chiede la cancellazione** dall'**Albo Professionale dei T.S.R.M.**, ai sensi dell'art. 11, lettera d) DLCPS 233/46.

Ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

- di non esercitare più la professione;
- di aver regolarmente versato i contributi dovuti, anno in corso e anni pregressi;
- l'assenza di procedimenti penali pendenti o procedimenti disciplinari

All'uopo allega la seguente documentazione

- Fotocopia firmata del documento di riconoscimento valido;
- Fotocopia firmata del codice fiscale

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** IL/LA DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.