



*Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica  
e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e  
della prevenzione di Ancona Ascoli Piceno Fermo e Macerata*

Istituito ai sensi delle leggi: 4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

Modello Autocertificazione per utilizzo della Polizza Assicurativa Collettiva TSRM per la  
frequentazione dell'attività di TSRM volontario.

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)**

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

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

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

residente in via/p.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

documento identità \_\_\_\_\_, numero \_\_\_\_\_,

data emissione \_\_\_\_\_ data scadenza \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_,

iscritto all'Albo TSRM di questo Ordine al numero \_\_\_\_\_,

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

Di svolgere la frequentazione volontaria come Tecnico Sanitario di Radiologia Medica presso

l'azienda \_\_\_\_\_

Sede dell'azienda \_\_\_\_\_

A partire dal giorno \_\_\_\_\_

pertanto **chiede di poter usufruire** della copertura assicurativa per RC Professionale attraverso l'adesione alla Polizza Assicurativa Collettiva TSRM stipulata attraverso l'iscrizione all'Albo Professionale TSRM.

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**NOTA BENE:** Il Sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole di dover comunicare a mezzo PEC all'indirizzo [anconaascolipicenofermomacerata@pec.tsrn.org](mailto:anconaascolipicenofermomacerata@pec.tsrn.org) l'eventuale cessazione dell'attività di volontariato e chiedere l'inclusione alle Liste Speciali per l'esonero dal pagamento del premio assicurativo come indicato nell'articolo dedicato alle Liste Speciali del sito web.

Luogo e data, \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(per esteso e leggibile)

**Si allega copia del documento di identità**

Indirizzo: Via G. Ginelli 63 60131 Ancona COD. FISCALE 93152370420 tel/fax 0712866272  
coordinate bancarie c.c. Banca Unicredit IBAN: **IT 46 U 02008 02623 000104866895**

Sito Web [www.tsrn-an-ap-fm-mc.org](http://www.tsrn-an-ap-fm-mc.org) pec [anconaascolipicenofermomacerata@pec.tsrn.org](mailto:anconaascolipicenofermomacerata@pec.tsrn.org)