**Proposta di Candidatura singola per La Commissione d’Albo**

**Tecnico sanitario di radiologia medica**

NOME COGNOME

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

NUMERO DI ISCRIZIONE ALL’ALBO E DATA

FIRMA

PROPONENTI:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | COGNOME E NOME | DOCUMENTO DI IDENTITA’ | FIRMA |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

**IN ALLEGATO COPIE FOTOSTATICHE DEI DOCUMENTI DI RICONOSCIMENTO DEI**

**FIRMATARI E CANDIDATI**