



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**