



RICHIESTA DI NON ADESIONE

ALLA POLIZZA ASSICURATIVA COLLETTIVA

Apporre una marca da
bollo di € 16,00

Al Presidente dell'Ordine dei TSRM e PSTRP della Provincia di Verona

Il/la sottoscritto/a _____ consapevole, come precisato nelle sentenze del TAR Piemonte nn.15 e 16 del 2019, che ogni singolo professionista è obbligato a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale (art. 3 comma 5, lettera e, del DL 13 Agosto 2011, n. 138 convertito in legge 14 settembre 2011) e analogo obbligo è ribadito, con specifico riferimento agli esercenti professioni sanitarie, con oneri a loro carico, dall'art. 10, commi 2 e 3, della legge n. 24/2017.

Di conseguenza, in caso di mancata adesione al sistema di protezione e relativa polizza assicurativa, l'iscritto dovrà documentare all'ordine di appartenenza di aver soddisfatto l'obbligo assicurativo di legge mediante idonea e adeguata copertura alternativa, conforme ai precedenti requisiti di legge.

Preso atto, Il/la sottoscritto/a chiede di non aderire alla polizza assicurativa collettiva dell'Ordine dei TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

A tal fine dichiara:

Ai sensi dell'art.2 legge 15/1/1968 n. 15, come modificato dall'art. 3 legge 15/5/1997 n. 127 e 11.1.2018, n. 3 e successive modificazioni:

- ❖ Di aver conseguito in data _____ presso la scuola _____ dell'Università degli Studi di _____, la Laurea in _____
- ❖ di essere iscritto dell'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione di _____ dal giorno ____/____/____ col numero _____
- ❖ Di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ❖ Di essere dipendente presso _____ Tel _____
- ❖ Allega copia del documento d'identità e della propria polizza assicurativa

Luogo, data

Firma