



Ordine dei  
Tecnici sanitari  
di radiologia medica  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione  
ROMA e provincia

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3  
C.F. 97038500589

Prot. n. 767/2020  
Roma, 09.12.2020

A tutti gli iscritti  
Ordine TSRM PSTRP di Roma e provincia

**Oggetto: Convocazione assemblea ordinaria degli iscritti all' Ordine TSRM PSTRP di Roma e provincia**

Gentile Iscritta/o,  
ai sensi del DLCPS n. 233/1946, del DPR n. 221/1950 e della L. 3/2018, sei invitato all'assemblea ordinaria annuale degli iscritti che si terrà presso l'**HOTEL MERCURE ROMA WEST- Viale Eroi di Cefalonia 301, 00128 - Roma**, in prima convocazione il 19 dicembre 2020 alle ore 23.00 e qualora non si raggiunga il numero legale in **seconda convocazione il 21 dicembre 2020 alle ore 15.00** per discutere e deliberare il seguente

**ORDINE DEL GIORNO**

1. Relazione del Presidente
2. Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti
3. Relazione del Tesoriere
4. Discussione e approvazione Bilancio Previsionale 2021

In base al regolamento interno (art. 12) presso la sede dell'Ordine nei cinque giorni che precedono la riunione sarà possibile avere visione e copia cartacea del bilancio previsionale 2021.

In considerazione della pandemia da Covid – 19, saranno attuate le misure di prevenzione previste: ***obbligo mascherina, distanziamento, rilevazione temperatura, pulizia delle mani, autodichiarazione Covid – 19 compilata e firmata***. Chi intende partecipare all'assemblea deve **comunicare la propria presenza** all'indirizzo mail [info@tsrmpstrproma.it](mailto:info@tsrmpstrproma.it), al fine di prevedere il numero delle presenze, in base ai posti disponibili nel rispetto delle misure anticontagio. **In assenza di tale comunicazione si valuterà l'accesso in assemblea, che sarà possibile solo fino ad esaurimento dei posti disponibili.**

I colleghi impossibilitati a partecipare all'assemblea possono farsi rappresentare, **compilando la delega riportata in calce e allegando copia fotostatica del documento di riconoscimento del delegante**. In mancanza della copia del documento del delegante la delega non sarà considerata valida. Ogni iscritto può essere investito al massimo di due deleghe.

Cordiali saluti.

Il Presidente

Claudio Dal Pont



**DELEGA**

**Allegare copia fotostatica documento di riconoscimento del delegante.**

*In mancanza della copia del documento del delegante la delega non sarà considerata valida*

Il sottoscritto ..... Albo.....delega,  
ai sensi dell'art. 24 del D.P.R. 5 Aprile 1950, n. 221, il collega.....Albo.....  
a rappresentarlo all'Assemblea ordinaria degli iscritti che si terrà il giorno 21 dicembre 2020.

Firma

.....



**Ordine dei  
Tecnici sanitari  
di radiologia medica  
e delle professioni  
sanitarie tecniche,  
della riabilitazione  
e della prevenzione  
ROMA e provincia**

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:  
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3  
C.F. 97038500589

**CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA DEGLI ISCRITTI ALL' ORDINE TSRM PSTRP DI ROMA E PROVINCIA  
HOTEL MERCURE ROMA WEST- Viale Eroi di Cefalonia 301, 00128 - Roma  
21 DICEMBRE 2020**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto ....., nato il.....  
a .....(.....), residente in ..... ( ),  
via .....  
identificato a mezzo ..... rilasciato da .....in data .....,

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art. 46 DPR 445/2000)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al Covid\_19;  
OPPURE, IN ALTERNATIVA
- di essere risultato positivo al tampone Covid\_19, aver finito la quarantena e aver avuto due tamponi negativi consecutivi;  
OPPURE, IN ALTERNATIVA
- di avere avuto sintomi che potrebbero essere correlati al virus Covid\_19, di non avere eseguito il tempone e che la fine dei sintomi (fine dello stato febbrile) è avvenuta in data \_\_\_\_\_;
- di non presentare febbre maggiore di 37,5° C;
- di non essere sottoposto ad una terapia antipiretica e di non avere: febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi, congiuntivite o altri sintomi riconducibili a COVID-19;
- di non aver avuto contatti con persone positive al Covid\_19 negli ultimi 14 giorni;
- di essere a conoscenza delle vigenti disposizioni relative alle misure di contenimento del contagio.

In fede

Luogo e data .....

Firma leggibile .....

In relazione alla normativa sulla Privacy il sottoscritto dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (EU) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati -GDPR) e delle disposizioni del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che tutti i dati conferiti hanno solo la finalità di informazione ed indicazione sul corretto comportamento da seguire. Tali informazioni saranno trattate, anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Acconsento alla compilazione [ ] Non Acconsento [ ]

Data .....

Firma.....