



**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 DLCP 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, 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 dain 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.....