

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Marca da bollo  
€ 16.00

Sig. Presidente  
Consiglio dell'Ordine Reg. Abruzzo  
Via delle Tre Spighe,1  
67100 L'AQUILA  
psicologi.abruzzo@psypec.it

Il/la Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_  
indirizzo PEC \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Albo degli Psicologi della  
Regione Abruzzo dal \_\_\_\_\_ con il n.° \_\_\_\_\_

*DICHIARA*

Sotto la propria responsabilità di voler rinunciare all'iscrizione all'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo chiedendo, pertanto, la **cancellazione dall'Albo**.

Il sottoscritto/a allega alla presente:

1. copia di un documento di identità in corso di validità;
2. fotocopia della ricevuta del pagamento della tassa di iscrizione relativa all'anno precedente

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_