

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 445 del 20/12/2000)

NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE

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.° _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

1. di essere iscritto all'Albo degli Psicologi della Regione Abruzzo Sezione _____ dal _____
con il numero _____;
2. di essere in possesso del titolo di studio _____ conseguito il
_____ presso _____ con voto _____;
3. di essere in possesso del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Psicologo
conseguito il _____ presso _____;
4. di essere in possesso del titolo di specializzazione _____
conseguito il _____ presso _____.

Data e luogo _____

Firma _____

Dichiaro inoltre di essere informato, giusta art.13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti
saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per
il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data e luogo _____

Firma _____

*La presente dichiarazione **sostituisce** a tutti gli effetti le normali certificazioni destinate a Pubblica
Amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.*

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'