

DOMANDA CAMBIO DI RESIDENZA

Al Consiglio dell'Ordine degli Psicologi
della Regione Abruzzo
Via E.Stella 17
67100 L'Aquila

Il/La sottoscritt.....

nat...a.....il.....

iscritt...all'Albo degli Psicologi dell'Abruzzo dal.....con

n.....

dichiara sotto la propria responsabilità di aver cambiato indirizzo di residenza:

via/p.zza.....n..... int.....

Località.....

Provincia.....c.a.p.....

Tel.....cell.....

e-mail.....altro recapito.....

DICHIARA

1. di voler ricevere le comunicazioni da parte dell'Ordine:

Al nuovo indirizzo di residenza

Al seguente domicilio postale:

via/p.zza.....n..... int.....

Località.....

Provincia.....c.a.p.....

2. di volere che sull'Albo appaia il seguente indirizzo¹:

indirizzo di residenza

domicilio postale

Eventuale altro indirizzo:

via/p.zza.....n..... int.....

Località.....

Provincia.....c.a.p.....

3. la disponibilità a fornire l'indirizzo, scelto per le comunicazioni postali (di cui al punto 1), a terzi al fine di ricevere "materiale informativo a carattere scientifico" (art. 61, 4° comma del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196)

SI

NO

-

Allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità

Luogo e data

Firma
