

DOMANDA PER LA CANCELLAZIONE ALL'ALBO

Al Consiglio dell'Ordine
degli Psicologi dell'Abruzzo
Via Eusanio Stella 17
67100 l'Aquila

Il/La sottoscritt.....

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

residente in.....c.a.p.....

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

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

n.....dichiara sotto la propria responsabilità di voler rinunciare all'iscrizione
all'Ordine degli Psicologi dell'Abruzzo chiedendo, pertanto, la cancellazione
dall'Albo.

Luogo e data Firma

.....

Allega alla presente copia di un documento d'identità in corso di validità.
___fotocopia della ricevuta del pagamento della tassa relativa all'anno precedente