

## RICHIESTA CERTIFICATO D'ISCRIZIONE<sup>1</sup>

**1 Utilizzabile esclusivamente nei rapporti con privati non gestori di pubblico servizio art. 15 legge 12 novembre 2011 n.183**

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.....Residente in.....  
...via/p.zza.....n.....int.....  
Tel.....cell.....  
e-mail.....

chiede di poter ricevere

- a mezzo corrispondenza postale (all'indirizzo di residenza sopra indicato)
- a mezzo fax al seguente numero

un certificato attestante

- L'iscrizione all'Albo
- L'abilitazione all'esercizio della psicoterapia (art. 3 o ex art. 35 L L.56/89)

Allega alla presente copia della ricevuta del versamento di €3,00 (per un certificato)\* sul c/c postale n.13481643 intestato all'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo, causale "rilascio certificato di iscrizione"

Luogo e data Firma

---

\* € 2,50 per ogni certificato in più richiesto