

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Marca da bollo
€ 16.00

Sig. Presidente
Consiglio dell'Ordine Reg. Abruzzo
Via G. Carducci, 11
67100 L'AQUILA
psicologi.abruzzo@pec.aruba.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 _____