

*CAMBIO DI RESIDENZA, DOMICILIO, RECAPITO TELEFONICO, INDIRIZZO MAIL,
INDIRIZZO PEC*

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 aver cambiato:

- la propria residenza, che ora risulta il seguente: Via _____, n. _____
Cap _____ Città _____
- il proprio domicilio, che ora risulta il seguente: Via _____, n. _____
Cap _____ Città _____
- il proprio recapito telefonico, che ora risulta il seguente: Tel. fisso _____
Tel. Mobile _____
- il proprio indirizzo mail/Pec, che ora risulta il seguente: mail _____
Pec _____

Inoltre il sottoscritto/a *DICHIARA*:

1. di voler ricevere le comunicazioni da parte dell'Ordine al nuovo indirizzo (Postale / elettronico) così come comunicato con la presente Dichiarazione;
2. di volere che sull'Albo appaia il nuovo indirizzo così come comunicato con la presente Dichiarazione.

Infine il sottoscritto/a dichiara la propria disponibilità a fornire l'indirizzo postale così come sopra comunicato 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

(Barrare la voce che ricorre)

Il sottoscritto/a allega alla presente copia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma _____

LA COMUNICAZIONE DEVE ESSERE INVIATA ESCLUSIVAMENTE TRAMITE PEC