

*DOMANDA DI TRASFERIMENTO*

**BOLLO**  
**€16,00**

Sig. Presidente  
Consiglio dell'Ordine Reg. Abruzzo  
Via G. Carducci, 11  
67100 L'AQUILA  
[psicologi.abruzzo@pec.aruba.it](mailto: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*

- di essere iscritto/a all'Albo degli Psicologi della Regione Abruzzo con il numero \_\_\_\_\_;
- di essere domiciliato per motivi di lavoro in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_;
  - di essere in regola con il versamento a codesto Ordine delle tasse annuali di iscrizione, compresa quella in corso;
  - di non essere sottoposto/a ad alcun procedimento disciplinare da parte di codesto Ordine;
  - di non essere temporaneamente soggetto/a alla sanzione disciplinare della sospensione dall'esercizio della professione di psicologo
  - di non essere già stato riabilitato/a da codesto Consiglio dell'Ordine dopo l'applicazione della sanzione disciplinare della radiazione ai sensi dell'art. 26 terzo comma della Legge 56/89;
  - di non aver in corso alcun contenzioso giudiziario con codesto Ordine conseguente a ricorso avverso qualsivoglia deliberazione adottata dal Consiglio dell'Ordine

*CHIEDE*

il *Nulla Osta* ai fini del trasferimento della propria iscrizione all'Albo degli Psicologi della Regione \_\_\_\_\_.

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***