

Sig. Presidente
Ordine Psicologi Abruzzo
Via G. Carducci, 11
67100 - L'Aquila
psicologi.abruzzo@pec.aruba.it

RICHIESTA CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALBO*

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

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

iscritto/a all'Albo degli Psicologi della Regione Abruzzo in data _____ Sez. _____ n. _____

residente in _____ via _____

rec. tel. _____ 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 35 L. 56/89).

Allega alla presente copia della ricevuta del bonifico bancario dell'importo di 3,00 € (per un certificato)* presso CREDEM al seguente codice IBAN IT66J0303203600010000003091 intestato a Ordine Psicologi Abruzzo, causale rilascio certificato di iscrizione Albo.

Luogo e data _____ Firma _____

** (€2,50 per ogni certificato in più richiesto)*