

Al Presidente
Ordine Psicologi Abruzzo
Via delle Tre Spighe, 1
67100 - L'Aquila
psicologi.abruzzo@psypec.it

RICHIESTA GRATUITA DI CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALBO*

**Utilizzabile esclusivamente ai fini dell'iscrizione al corso di specializzazione in Psicoterapia di cui al Decreto 11 dicembre 1998, n. 509*

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____

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

residente in _____ via _____

rec. tel. _____ mail _____

PEC _____

CHIEDE

Ai fini dell'iscrizione al corso di specializzazione in Psicoterapia, di cui al Decreto 11 dicembre 1998, n. 509 Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15 maggio 1997, n. 127.

di poter ricevere ⁽¹⁾

- a mezzo corrispondenza postale (all'indirizzo di residenza sopra indicato)
- a mezzo fax al seguente numero _____
- a mezzo PEC / mail sopraindicati con allegato formato Pdf

un certificato attestante

l'iscrizione all'Albo

Luogo e data _____ Firma _____

(1) La richiesta gratuita è relativa solo alla prima iscrizione