

DOMANDA DI TRASFERIMENTO

BOLLO
€16,00

Sig. Presidente
Consiglio dell'Ordine Reg. Abruzzo
Via delle Tre Spighe, 1
67100 L'AQUILA
psicologi.abruzzo@psypec.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 ANTICIPATA TRAMITE PEC E INVIATA IN ORIGINALE TRAMITE POSTA RACCOMANDATA