

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE*

Al Presidente del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della
Regione Siciliana -V.le F.sco Scaduto, n. 10/b -90144 PALERMO

_____ sottoscritt _____ Dott. _____

nat ____ a _____ il _____

residente in _____ via/p.zza _____

_____ c.a.p. _____ tel. ____ / _____

iscritt _____ all'Albo dal _____ con N° _____

Chiede

la cancellazione dall'Albo degli Psicologi della Regione Siciliana, art. 11.1, lett. "a",
della Legge N° 56/89), e dichiara:

- di essere consapevole del fatto che, ai sensi dell'art. 2.1, Legge N° 56/89, per esercitare la professione di psicologo è necessario essere iscritti all'apposito Albo professionale;
- di essere in regola con il pagamento delle quote professionali annuali.

DATA _____

**FIRMA _____

* La cancellazione è vincolata dalla restituzione del tesserino di riconoscimento, se in possesso dell'iscritto.

** Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della L. 15 maggio 1997 n. 127 - e successive modifiche - la firma apposta in calce all'istanza è da considerarsi autenticata, allegando all'istanza la fotocopia del documento di identità.