

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(DPR445/2000 - L. 183/2011)

Il/la sottoscritt\_\_ Dott. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni false o mendaci, in base alla normativa vigente sulle autocertificazioni (DPR 445/2000; L. 183/2011)

**DICHIARA**

Di essere regolarmente iscritto/a alla Sez. \_\_\_\_ dell'Albo degli Psicologi della

Regione Siciliana dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, con il numero \_\_\_\_\_;

Di essere autorizzato all'attività psicoterapeutica:

ai sensi dell'art. 3, L. 56/89;

ai sensi dell'art. 35, L. 56/89;

Dichiara altresì di non essere incorso/a in alcuna sospensione dall'iscrizione all'Albo (art. 69 c.p.p.).

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA\*

\_\_\_\_\_