



RICHIESTA DI CANCELLAZIONE*

Al Presidente dell'Ordine degli Psicologi
della Regione Siciliana
Via G. Pernice n° 5
90144 PALERMO

_____ sottoscritt _____ Dott. _____

nat ___ a _____ (Prov.: _____) il _____

residente in _____ via/p.zza _____

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

iscritt__ alla sez. ___ dell'Albo della Regione Siciliana dal ___/___/____ con n° _____

CHIEDE

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

DICHIARA:

1. 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;
2. |__| Di essere in regola con il pagamento delle quote professionali annuali.

|__| Di non essere in regola con il pagamento delle quote professionali annuali, di essere consapevole che l'ordine si riserva di promuovere eventuali azioni, volte al recupero delle somme di cui è creditore.

Allega alla presente:

- a) tesserino di riconoscimento;
- b) fotocopia del proprio documento di identità.

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.