

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:

Di essere in regola con il pagamento delle quote professionali, anche pregresse.

Allega alla presente:

- a) fotocopie delle ricevute di pagamento della tassa annuale relative all'anno in corso ed a quello precedente;
- b) fotocopia del proprio documento di identità;
- c) tesserino di riconoscimento.

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.