

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Ex art. 11, comma 1, lettera a, - LEGGE 56/89

Al Consiglio Regionale
dell'Ordine degli Psicologi Campania
P.tta Matilde Serao, 7
80132 Napoli

Il/la sottoscritto/a nato/a
prov. di il, numero C.F.
iscritto presso codesto Consiglio con il numero..... residente in
Via....., nel Comune di
titolare di posta certificata SI NO
*per i titolari di posta elettronica certificata @psypec.it si anticipa che la casella verrà chiusa
entro 30 giorni dalla notifica di avvenuta cancellazione.*

CHIEDE

di essere cancellato dall'Albo professionale degli Psicologi della Campania

e a tal fine **DICHIARA**

- di essere in regola con i versamenti delle quote dovute,
- di NON essere in regola con il pagamento delle quote dovute,
- di essere consapevole che, in caso di cancellazione in morosità, gli importi dovuti dovranno in ogni caso essere corrisposti,
- di essere consapevole che per esercitare la professione di Psicologo è necessario essere iscritto all'apposito Albo professionale,
- di essere consapevole che la casella di Posta Elettronica Certificata, eventualmente fornita dall'Ordine, verrà chiusa a seguito della cancellazione dall'Albo.

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 in corso di validità.
- c) tesserino in originale rilasciato dall'Ordine.

Luogo e data ,

(firma)

La domanda di cancellazione deve pervenire agli uffici dell'Ordine entro il mese di Dicembre.