AL CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEGLI PSICOLOGI DELLA
REGIONE PUGLIA
Via Sparano 170
70122 - B A R I

Bollo da
€16.00

OGGETTO: domanda di cancellazione dall'Albo.

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ prov. _____

il _____, Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

iscritto all'Albo presso il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, sez. _____

C H I E D E

di essere cancellato dall'Albo professionale.

A tal fine 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) marca da bollo di € 16,00 applicata sulla presente domanda

d) tesserino d'iscrizione all'ordine

Luogo e data, _____

_____
(firma)