

**Spazio riservato alla segreteria**

Progressivo  
interno

N°

Protocollo

**Modulo aggiornamento dati Albo e  
rilevazione dati Albo intelligente**

Il sottoscritto Cognome ..... Nome .....,  
nato a ..... il ..... Codice Fiscale .....

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni secondo quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere previste dall'art. 75 dpr 445/2000, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 43 del DPR 445/2000 sotto la propria personale responsabilità, *a titolo di dichiarazione sostitutiva di responsabilità (Art. 46 dpr 445/200)* e *a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 46 dpr 445/200)* comunica i seguenti dati :

**SEZIONE I**  
**Recapiti**

Residenza anagrafica (come risultante dall'anagrafe comunale):

Comune :  CAP :

Località/Frazione

Indirizzo :

Domicilio e recapiti per corrispondenza (*solo se diverso dalla residenza anagrafica*)

Comune : ..... CAP ..... Località frazione : .....

Indirizzo .....

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Telefono fisso abitazione :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Telefono Fisso Luogo di lavoro :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Indirizzo email ordinario :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Numero telefono cellulare personale ::

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Numero telefono cellulare servizio/lavoro :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

SEZIONE II  
Situazione lavorativa

**IMPORTANTE** : i dati relativi alla posizione lavorativa, con particolare riguardo all'eventuale autorizzazione all'esercizio della libera professione per i lavoratori dipendenti di Enti pubblici, sono obbligatori in quanto richiesti dall'Art.8 della legge 56/1989 tuttavia, al fine di avere un quadro preciso di tutti gli Psicologi iscritti all'Albo **si pregano anche coloro che non siano pubblici dipendenti di compilare con precisione questa sezione** .

Lo specchio della situazione lavorativa degli iscritti è uno dei dati più importanti per orientare al meglio l'azione dell'Ordine. I dati comunicati in questa sezione non sono soggetti a nessuna autorizzazione alla diffusione in quanto per nessun motivo verranno diffusi a terzi (fatto salvo quanto previsto dall'Art. 8 della legge 56/1989 e anche in questo caso verrà usata unicamente la dicitura sintetica "PUBBLICO DIPENDENTE AUTORIZZATO/NON AUTORIZZATO ALLA LIBERA PROFESSIONE).

**Posizione lavorativa**

(Prima di compilare leggere attentamente tutte le opzioni disponibili)

(°) la dicitura sottoccupato va applicata al lavoratore con occupazione temporale inferiore al 50% del tempo pieno di un lavoratore dipendente e con reddito al di sotto del primo scaglione irpef)

- Disoccupato/in cerca di prima occupazione
- Lavoratore autonomo sottoccupato (°) (CO.CO.CO, CO.CO.PRO, Borsista) con mansioni di Psicologo
- Lavoratore autonomo (CO.CO.CO, CO.CO.PRO, Borsista) in piena occupazione con mansioni di Psicologo
- Lavoratore autonomo (CO.CO.CO, CO.CO.PRO, Borsista) con mansioni diverse da quelle di Psicologo
- Libero professionista con partita IVA codice Attività 86.90.3 - Professione di Psicologo
- Libero professionista con partita IVA codice Attività diverso da 86.90.3

---

- Dipendente di Ditta/Ente privato con mansioni di Psicologo
- Dipendente di Ditta/Ente privato con mansioni miste (Psicologo + altro)
- Dipendente di Ditta/Ente privato ove non svolge attività di Psicologo

Specificare settore prevalente di attività della Ditta/Ente Privato \_\_\_\_\_

- Dipendente di Ente Pubblico con mansioni di Psicologo
- Dipendente di Ente Pubblico con mansioni miste (Psicologo + altro)
- Dipendente di Ente Pubblico ove non svolge attività di Psicologo

Specificare Denominazione esatta ente Pubblico \_\_\_\_\_

Solo per i dipendenti di Ente pubblico

- Autorizzato all'esercizio della libera professione (\*)

Non autorizzato all'esercizio della libera professione(\*)

Pensionato con esercizio occasionale della libera professione di Psicologo

Pensionato con partita IVA ed esercizio continuativo della libera professione di Psicologo

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Iscrizione cassa di previdenza**

Non iscritto  INPS/INPDAP  ENPAP  ALTRO Specificare \_\_\_\_\_

Firma per autorizzazione al trattamento dei dati e ai fini del DPR 445/200 (autocertificazione)

\_\_\_\_\_  
**FINE SEZIONE OBBLIGATORIA**

SEZIONE III  
Titoli Accademici

Laurea in ..... conseguita presso l'Università degli Studi di .....  
in data ....., Classe Laurea ..... (\*)

(\*) in caso di laurea conseguita secondo le norme antecedenti al dpr 328 2001 (indicare vecchio ordinamento)

**Indirizzo di laurea** così come risultante dal piano di studi o da eventuale documentazione ufficiale :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Specializzazione in Psicoterapia

Denominazione : .....

Conseguita presso ..... in data .....

Specificare indirizzo (solo per gli psicoterapeuti risultanti dall'Albo) :

**Psicodinamico/Psicoanalitico**

**Cognitivo-comportamentale**

**Sistemico-relazionale**

**Adleriano**

**Bioenergetico**

**Integrato**

**Analitico-transazionale**

**Altro indirizzo (specificare)** \_\_\_\_\_

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Altre Specializzazioni possedute **diverse dalla Psicoterapia** :

1° Specializzazione universitaria posseduta:

Conseguita presso :

Con esami finali sostenuti in data :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

2° Specializzazione universitaria posseduta :

Conseguita presso :

Con esami finali sostenuti in data :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

#### Altri titoli universitari o equiparati

1° Master universitario di  I  II livello in :

Conseguito presso :

Inizio corsi studi :  fine corso di studio :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

2° Master universitario di  I  II livello in :

Conseguito presso :

Inizio corsi studi :  fine corso di studio :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Altri corsi di formazione universitaria / non universitaria /equiparata

Conseguito presso :

Inizio corsi studi :  fine corso di studio :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

Altri corsi di formazione universitaria / non universitaria /equiparata

Conseguito presso :

Inizio corsi studi :  fine corso di studio :

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_

#### SEZIONE IV - Formazione non Accademica

*(indicare unicamente i corsi di formazione diversi da quelli precedenti a cui si è partecipato (sia in qualità di docente che di discente) con numero effettivo di giornate formative superiore a 5 . \_i corsi devono essere attinenti strettamente la professione di Psicologo : il corso di formazione su "Come cucinare il perfetto soufflé" o il corso di "freeclimbing" non dovrebbero essere indicati)*

Corso di Formazione in :

Organizzato da :

con sede nel comune di

Dal giorno :  al giorno  docente  discente

Corso di Formazione in :

Organizzato da :

con sede nel comune di

Dal giorno :  al giorno  docente  discente

Corso di Formazione in :

Organizzato da :

con sede nel comune di

Dal giorno :  al giorno  docente  discente

Corso di Formazione in :

Organizzato da :

con sede nel comune di

Dal giorno :  al giorno  docente  discente

Corso di Formazione in :

organizzato da :

con sede nel comune di

dal giorno :  al giorno  docente  discente

Corso di Formazione in :

organizzato da :

con sede nel comune di

dal giorno :  al giorno  docente  discente

Corso di Formazione in :

Organizzato da :

con sede nel comune di

dal giorno :  al giorno  docente  discente

Autorizzo diffusione (\*)  Non autorizzo diffusione (\*) Firma \_\_\_\_\_



## SEZIONE VI

### Settori di interesse professionale

(Indicare i settori relativi all'attività di Psicologo a cui si è maggiormente interessati . Indicare fino a 5 preferenze . La rilevazione di cui al presente punto verrà utilizzata dall'Ordine per orientare le proprie scelte in materia di formazione e di iniziative collaterali cercando di intercettare in maniera più efficace le esigenze e gli interessi delle iscritte degli iscritti).

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara di essere interessato ai seguenti settori relativi all'attività di psicologo  
*(anche la presente sezione è propedeutica ad orientare l'attività dell'Ordine nel settore della formazione, della convegnistica, dell'attività progettuale etc etc.. rendendola il più possibile aderente alle esigenze degli iscritti (indicare fino a 5 preferenze limitandosi tuttavia ai soli settori che interessano veramente)*

- Psicodiagnostica
- Disabilità ;
- Psicologia delle Dipendenze;
- Psicologia Clinica ;
- Psicologia Sociale Applicata
- Psicologia dell'invecchiamento ;
- Psicologia delle Emergenze ;
- Psicologia Viaria e del Traffico ;
- Psico-oncologia ;
- Psicologia dell'età evolutiva ;
- Psicologia di Coppia ;
- Psicologia Giuridica e Forense ;
- Psicologia del lavoro e delle Organizzazioni ;
- Psicologia militare ;
- Disturbi dell'apprendimento ;
- Psicologia della Religione ;
- Psicologia dello Sport ;
- Psicologia del Turismo ;
- Neuropsicologia ;
- Psicologia della Salute ;
- Altro 1 (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro 2 (specificare) \_\_\_\_\_



- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_
- 11) \_\_\_\_\_
- 12) \_\_\_\_\_
- 13) \_\_\_\_\_

*Con la firma in calce al presente modulo io sottoscritt\_\_ dichiaro di aver preso visione dell'informativa per la privacy e autorizzo , conseguentemente l'Ordine degli Psicologi della Basilicata al trattamento dei dati forniti ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 196/2003.*

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

***Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e spedire all'Ordine degli Psicologi della Basilicata secondo una delle seguenti modalità :***

*a mezzo fax al N.ro: **0971/489783***

*(\*) a mezzo email ordinaria : **psicologi.basilicata@tiscali.it***

*(\*) a mezzo email Certificata (PEC) : **psicologi.basilicata@psypec.it***

*a mezzo posta ordinaria : **Ordine degli Psicologi della Basilicata - Via della chimica, 61 - 85100 Potenza***

*legenda (\*) in caso di invio a mezzo email indicare come oggetto :*

**NOME COGNOME MODULO ALBO INTELLIGENTE**