

Spazio riservato alla segreteria dell'Ordine

N° Iscrizione

Annotazioni:

Protocollo

Bollo:

€ 16,00

Sezione A

Data Delibera

N°

Modulo Iscrizione Albo Psicologi  
Regione Basilicata Sez. A

All' Ordine Regionale degli  
Psicologi della Basilicata  
Via della Chimica, 61  
POTENZA

..... I ..... sottoscritt.....  
nat ..... a .....  
Prov. o stato estero di nascita ..... in data .....

**CHIEDE**

l'iscrizione nella sezione **A** dell'**Albo degli Psicologi della Basilicata**.

A tal proposito dichiara di essere a conoscenza di quanto previsto in materia di esercizio della professione di Psicologo con particolare riguardo alla Legge. 56/1989 e s.m.i.

Inoltre, 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, 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 certificazione (Art. 46 dpr 445/2000)*:

DICHIARA :

- 1) di avere il seguente numero di codice fiscale .....
- 2) di essere residente a ..... Prov. .... C.A.P. ....  
in Via .....

Firma (\*\*)

- 3) di essere di nazionalità .....
- 4) di godere il pieno esercizio dei diritti civili;
- 5) di essere di buona condotta morale e civile;
- 6) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 7) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali e di non avere subito condanne con sentenze definitive a pene che comportino la radiazione dall'Albo;
- 8) di aver conseguito il seguente titolo di studio: *(barrare con una X la voce che interessa)*

laurea specialistica (classe **58/S**) in **Psicologia** .....,  
presso l'Università degli Studi di ....., in data .....,  
con voti (\*) .....

laurea magistrale (classe **LM-51**) in **Psicologia** .....,  
presso l'Università degli Studi di ....., in data .....,  
con voti (\*) .....

laurea quadriennale/quinquennale a ciclo unico in **Psicologia** (secondo l'ordinamento  
previgente alla riforma di cui al D.M. MIUR 3- 11-1999 n. 509) ,  
presso l'Università degli Studi di ....., in data .....,  
con voti (\*) .....

9) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale di **Psicologo** (*Sezione A*) nella  
 1°  2° sessione degli esami di Stato relativa all'anno ..... svoltasi in data  
..... presso l'Università degli Studi di .....

10) di avere i seguenti recapiti telefonici :

Tel. Abitazione N° ..... (\*) Cell. .... (\*)

Tel. Studio N° ..... (\*) Fax. Studio N° ..... (\*)

Altro (*specificare*) ..... N° ..... (\*)

11) di avere il seguente indirizzo e-mail (ordinaria) : (*scrivere l'indirizzo leggibile in stampatello*)  
.....@.....

12) di essere in regola con il versamento delle Tasse regionali di cui all'Art. 190 R.D. 1592/1933 e successive modificazioni ed integrazioni per il rilascio del titolo di abilitazione;



- 13) di aver preso visione del documento informativo diffuso dall'Ordine ai sensi dell' Art. 13 della Legge 196 del 2003 (Codice della privacy) relativo al trattamento dei dati personali ;
- 14) dichiara inoltre ai fini di quanto previsto dall'Art. 8 della legge 56/1989 e a titolo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ( Art. 47 d.p.r. 445/2000)

(barrare la voce che interessa):

- di non essere pubblico dipendente;
- di essere pubblico dipendente presso .....  
non autorizzato all'esercizio della libera professione;
- di essere pubblico dipendente presso .....  
autorizzato all'esercizio della libera professione  
(allegare autorizzazione dell'Ente di appartenenza) ;
- di essere pubblico dipendente presso ..... con  
rapporto di lavoro a tempo parziale e quindi autorizzato all'esercizio della libera  
professione;
- di essere pubblico dipendente nel SSN presso .....  
autorizzato all'esercizio della libera professione *intra moenia*  
(allegare fotocopia autorizzazione o fotocopia richiesta di autorizzazione);

- 15) dichiara e sottoscrive l'impegno a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi **variazione dei propri recapiti**, modifica o perdita di diritti nonché l'insorgenza di cause di incompatibilità per l'esercizio della libera professione e qualsiasi modifica dei dati comunicati, anche a titolo volontario, con il presente modulo esonero l'Ordine da qualsiasi responsabilità in caso di disguidi legati a mancata o non tempestiva comunicazioni delle modifiche in questione.

Allega infine, anche ai sensi dell'art.38, comma 1, del DPR 445/2000, i seguenti documenti:

- fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità ;
- fotocopia del tesserino del Codice Fiscale o della Tessera sanitaria (\*) ;
- Attestazione di versamento di € 168,00 effettuato sul c/cp N° 8003 (Agenzia della entrate – Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative ) Tipo versamento: "Rilascio" - Codice Tariffa "8617"
- Ricevuta di versamento di € 77,50 a mezzo versamento sul conto corrente postale n° 001004442719 **intestato a Ordine Regionale degli Psicologi della Basilicata causale: tassa iscrizione Albo ridotta** ( Nel caso di pagamento a mezzo bonifico le Coordinate IBAN sono le seguenti: **IT 39 X 07601 04200 001004442719** ) ;
- N° 2 fotografie formato tessera di cui una autenticata; (l'autentica della foto può essere effettuata, preferibilmente presso l'Ordine, previa presenza del diretto interessato ).

Luogo e data .....

Firma .....

**N.B.**

*(\*)Tutti i dati e i documenti richiesti sono obbligatori con eccezione dei soli dati e documenti contrassegnati con l'asterisco (\*) che sono facoltativi e la cui mancanza non inficia la validità della richiesta ma la cui indicazione è fortemente consigliata per il miglioramento delle attività dell'Ordine*

*(\*\*) Ogni pagina del presente modulo va firmata negli spazi appositi*

Altre dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/2000:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Firma \_\_\_\_\_

**Annotazioni segreteria**

- |                          |  |            |             |
|--------------------------|--|------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Verifica regolarità formale e documentale:   | data ..... | firma ..... |
| <input type="checkbox"/> | Verifica conformità con leggi e regolamenti: | data ..... | firma ..... |
| <input type="checkbox"/> | Verifica definitiva Consigliere :            | data ..... | firma ..... |

Verifiche e conferme (Art.43 e 71 del D.P.R. 445/2000)

Laurea:	Richiesta Prot. ....	Conferma Prot. ....
Abilitazione :	Richiesta Prot. ....	Conferma Prot. ....
Dati anagrafici e civili :	Richiesta Prot. ....	Conferma Prot. ....
Carichi pendenti e Casell. :	Richiesta Prot. ....	Conferma Prot. ....
Annotazioni :	..... ..... .....	