

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

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) **ABILITAZIONE** *(barrare con una X la voce che interessa)*

☐ 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

☐ di essere in possesso di laurea abilitante ai sensi della legge 163/2021 - Prova Pratica Valutativa-PPV o Prova orale abilitante – svolta 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° (*)

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

.....@.....

Firma (**)

12) di avere il seguente indirizzo e-mail (PEC) : *(scrivere l'indirizzo leggibile in stampatello)*(***)

@

13) di NON aver presentato domanda di iscrizione ad altri Ordini regionali degli Psicologi della Repubblica Italiana

13) 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 tramite Sistema PagoPA (vedi home page sito www.ordpsicobas.it) ↳ PagoPa ↳ PagoPa Prima iscrizione;*

- 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*

*(***) In mancanza di indirizzo PEC lo stesso verrà fornito dell'Ordine*

Altre dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/2000:

.....

.....

.....

.....

Firma _____

Annotazioni segreteria

- ☐ Verifica regolarità formale e documentale: data firma
- ☐ Verifica conformità con leggi e regolamenti: data firma
- ☐ 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 :

.....

.....