

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / _____

Tel. _____ Cel. _____

e-mail _____ altro recapito _____

iscritto/a all'Albo degli Psicologi della Campania dal _____ con n. _____

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

di essere residente in

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

DICHIARA

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)

di avere il proprio domicilio professionale in

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

**N.B. Si ricorda che Ai fini dell'iscrizione è necessario avere la residenza o
almeno un domicilio professionale nella regione Campania.**

Firma

Luogo e data _____