

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_