



Domanda per il rilascio del Good standing e/o dell'Attestato utile ai fini della libera circolazione  
dello **PSICOLOGO** e dello **PSICOTERAPEUTA** nell'Unione Europea

La / Il sottoscritto/a, \_\_\_\_\_  
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

\_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Codice fiscale \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE - FISCAL CODE - CODE DES IMPOTS - STEUERNUMMER - N.I.F.

In possesso del Titolo di \_\_\_\_\_  
TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito presso: \_\_\_\_\_  
UNIVERSITA' - UNIVERSITY - UNIVERSITE' - UNIVERSITAT - UNIVERSIDAD

Ed, inoltre, del Titolo di: \_\_\_\_\_  
ALTRO TITOLO - OTHER TITLE - AUTRE DIPLOME - ADERE TITEL - OTRO TITULO

Conseguito presso: \_\_\_\_\_  
UNIVERSITA' o SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE RICONOSCIUTA DAL MIUR

**Chiede a codesto Ministero, ai sensi della vigente normativa comunitaria,**

**ATTESTATO** utile ai fini della libera circolazione dello **Psicologo** e dello **Psicoterapeuta** nell'Unione Europea

A tal fine, allega i documenti di cui all'*Allegato L*

La / Il sottoscritto/a, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, di non aver riportato sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza;
- di essere:

Nata/o a \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMIENTO

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO      DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

E di essere cittadina/o \_\_\_\_\_  
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORENKEIT, CIUDADANIA

Stato membro \_\_\_\_\_  
STATO MEMBRO NEL QUALE SI INTENDE UTILIZZARE L'ATTESTATO RILASCIATO

• Di essere iscritto all'Ordine professionale di \_\_\_\_\_ (nel caso dell'Albo degli Psicologi, barrare la Sezione) **A** **B**  
SEDE REGIONALE o PROVINCIALE

La / Il sottoscritto/a, chiede che per le comunicazioni inerenti alla presente domanda, venga utilizzato il seguente recapito :

\_\_\_\_\_ COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO      \_\_\_\_\_ NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

\_\_\_\_\_ STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO  
CAP - POST CODE

\_\_\_\_\_ N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMMER - N. TEL.      \_\_\_\_\_ N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
N. CELLULARE      E-MAIL

\_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_  
DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA      FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA