



Domanda per il riconoscimento di titoli abilitanti all'esercizio della professione di
PSICOLOGO e/o di PSICOTERAPEUTA
 conseguiti in un Paese non comunitario da cittadini non comunitari

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

_____ Sesso M F
NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

In possesso del Titolo di _____
(da indicare in lingua originale) TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in _____
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

E, inoltre, del Titolo di _____
(da indicare in lingua originale) TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in _____
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

**Chiede a codesto Ministero il RICONOSCIMENTO del/i proprio/i Titolo/i professionale/i,
 ai fini dell'esercizio della professione di:**

Psicologo

Psicoterapeuta

e, a tal fine, allega i documenti di cui all'**Allegato N**

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 NASCIMENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE
 GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

Di essere cittadina/o _____
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE, STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

- Di volersi iscrivere o essere già iscritto all'Ordine di _____ (nel caso del titolo di Psicologo, barrare la Sezione dell'Albo) A B
SEDE REGIONALE o PROVINCIALE

La / Il sottoscritto/a chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al 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

_____ _____
CAP - POST CODE STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

_____ _____
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