



Domanda per il rilascio del certificato di

ONORABILITA' PROFESSIONALE (Good standing)

PSICOLOGO

Valida per i cittadini comunitari e non comunitari stabiliti in Italia

APPORRE
 MARCA DA BOLLO

*(l'importo della marca da bollo
 è indicato nell'Allegato L)*

(da compilare in stampatello)

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

**Domanda a codesto Ministero, ai sensi della vigente normativa comunitaria, il rilascio
 del CERTIFICATO DI ONORABILITA' PROFESSIONALE (good standing)**

e, a tal fine, allega la dichiarazione sostitutiva di certificazione 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' – STAATSANGEHORINGKEIT – CIUDADANIA

▪ di voler utilizzare il Certificato rilasciato nel seguente Stato _____
STATO NEL QUALE SI INTENDE UTILIZZARE L'ATTESTATO RILASCIATO

▪ di essere iscritto all'Ordine professionale di _____ (barrare la Sezione di iscrizione all'Albo degli Psicologi) **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

_____ 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 NUMBER – N. FAX

_____ N. CELLULARE _____ @ _____ E-MAIL

_____ **In fede** _____
DATA – DATE – DATE – DATUM – FECHA FIRMA – SIGNATURE – SIGNATURE – UNTERSCHRIFT – FIRMA