***Spazio riservato alla segreteria dell’Ordine***

*Bollo:*

*€ 16,00*

N° Iscrizione

**Sezione A**

*Annotazioni:*

.......................................

.......................................

....................................................................................................

.........................................................................................

*Protocollo*

**Data Delibera N°**

Modulo Iscrizione Albo Psicologi Regione Basilicata Sez. A

 All' Ordine Regionale degli
 Psicologi della Basilicata
 Via della Chimica, 61

POTENZA

..................l………...... sottoscritt…..….. ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ,

nat ……......... a ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ Prov. o stato estero di nascita ........................................................................................................................................................ in data ................................................................................. ,

**CHIEDE**

l’iscrizione nella sezione **A** dell’**Albo degli Psicologi della Basilicata**.

A tal proposito dichiara di essere a conoscenza di quanto previsto in materia di esercizio della professione di Psicologo con particolare riguardo alla Legge. 56/1989 e s.m.i.

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni secondo quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere previste dall’art. 75 dpr 445/2000, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 43 del DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, *a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 46 dpr 445/2000):*

DICHIARA :

**1)** di avere il seguente numero di codice fiscale .......................................................................................................................................................................................................................

**2)** di essere residente a ............................................................................................................................................................................................... Prov. .................................. C.A.P. ...........................................

 in Via ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**3)** di essere di nazionalità ......................................................................................................................................................................................................................;

**4)** di godere il pieno esercizio dei diritti civili;

**5)** di essere di buona condotta morale e civile;

**6)** di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
**7)** di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali e di non avere subito condanne con sentenze definitive a pene che comportino la radiazione dall’Albo;

**8)** di aver conseguito il seguente titolo di studio: *(barrare con una X la voce che interessa)*

laurea specialistica (classe **58/S**) in **Psicologia** ................................................................................................................................................................................................................................, presso l’Università degli Studi di ........................................................................................................................................................................................ , in data ..................................................................... , con voti (\*) ...................................................................................... ;

laurea magistrale (classe **LM-51**) in **Psicologia**................................................................................................................................................................................................................................., presso l’Università degli Studi di ........................................................................................................................................................................................ , in data ..................................................................... , con voti (\*) ...................................................................................... ;

laurea quadriennale/quinquennale a ciclo unico in **Psicologia (**secondo l’ordinamento previgente alla riforma di cui al D.M. MIUR 3- 11-1999 n. 509) ,

presso l’Università degli Studi di ........................................................................................................................................................................................ , in data ..................................................................... , con voti (\*) .......................................................................................... ;



**9)** di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale di **Psicologo** *(Sezione A*) nella

 **1°**  **2°** sessione degli esami di Stato relativa all'anno ……………………………………………………………….………… svoltasi in data .………………………..…………….……………… presso l’Università degli Studi di ………………………………………………………………………..……………………….……;

**10)** di avere i seguenti recapiti telefonici :

 Tel. Abitazione N° ........................................................................................................... (\*) Cell. ........................................................................................................................................................... (\*)

 Tel. Studio N° .............................................................................................................................. (\*) Fax. Studio N° ........................................................................................................... (\*)

 Altro *(specificare*) ............................................................................................................ N° .................................................................................................................... (\*)

**11)** di avere il seguente indirizzo e-mail (ordinaria) : *(scrivere l’indirizzo leggibile in stampatello)*

 .........................................................................................................................................................................................................@............................................................................................................................................................................................

**12)** di essere in regola con il versamento delle Tasse regionali di cui all’Art. 190 R.D. 1592/1933 e successive modificazioni ed integrazioni per il rilascio del titolo di abilitazione;

 **13)** di aver preso visione del documento informativo diffuso dall’Ordine ai sensi dell’ Art. 13 della Legge 196 del 2003 (Codice della privacy) relativo al trattamento dei dati personali ;

 **14)** dichiara inoltre ai fini di quanto previsto dall’Art. 8 della legge 56/1989 e a titolo di dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà *( Art. 47 d.p.r. 445/2000*)

 (*barrare la voce che interessa*):

 di non essere pubblico dipendente;

 di essere pubblico dipendente presso ..........................................…………………………………………………………………………………...............

 non autorizzato all'esercizio della libera professione;

 di essere pubblico dipendente presso ..…………………………………………………………………………………………………................................................ autorizzato all'esercizio della libera professione

 (*allegare autorizzazione dell'Ente di appartenenza*) ;

 di essere pubblico dipendente presso ..………………………………………………………………………………..................................................................... con rapporto di lavoro a tempo parziale e quindi autorizzato all'esercizio della libera professione;

 di essere pubblico dipendente nel SSN presso ...........................................……………….......................………………………………….....

 autorizzato all'esercizio della libera professione *intra moenia*

 *(allegare fotocopia autorizzazione o fotocopia richiesta di autorizzazione)*;

** 15)** dichiara e sottoscrive l’impegno a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi **variazione dei propri recapiti**, modifica o perdita di diritti nonché l’insorgenza di cause di incompatibilità per l’esercizio della libera professione e qualsiasi modifica dei dati comunicati, anche a titolo volontario, con il presente modulo esonerando l’Ordine da qualsiasi responsabilità in caso di disguidi legati a mancata o non tempestiva comunicazioni delle modifiche in questione.

Allega infine, anche ai sensi dell'art.38, comma 1, del DPR 445/2000, i seguenti documenti:

* *fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità ;*
* *fotocopia del tesserino del Codice Fiscale o della Tessera sanitaria (\*) ;*
* *Attestazione di versamento di* ***€ 168,00*** *effettuato sul* ***c/cp N° 8003*** *(Agenzia della entrate – Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative ) Tipo versamento: “****Rilascio****” - Codice Tariffa “****8617****”*
* *Ricevuta di versamento di* ***€ 77,50*** *a mezzo versamento tramite* ***Sistema PagoPA (vedi home page sito*** [***www.ordpsicobas.it***](http://www.ordpsicobas.it)**a** ***PagoPa* a *PagoPa Prima iscrizione;***
* *N° 2 fotografie formato tessera di cui una autenticata; (l’autentica della foto può essere effettuata, preferibilmente presso l’Ordine, previa presenza del diretto interessato ).*

Luogo e data ....................................................................................................................................... , .......................................................................................................................

 Firma ............................................................................................................................................................................

 ***N.B****.*

 ***(\*)****Tutti i dati e i documenti richiesti sono obbligatori con eccezione dei soli dati e documenti contrassegnati con l’asterisco (\*) che sono facoltativi e la cui mancanza non inficia la validità della richiesta ma la cui indicazione è fortemente consigliata per il miglioramento delle attività dell’Ordine*

***(\*\*)*** *Ogni pagina del presente modulo va firmata negli spazi appositi*

Altre dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/2000:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Firma ............................................................................................................................................................................

***Annotazioni segreteria***

*:* *Verifica regolarità formale e documentale: data* ……………….…….………… *firma* …….…………………………….….………….……

 *Verifica conformità con leggi e regolamenti: data* ……………….…….………… *firma* …….…………………………….….………….…… *Verifica definitiva Consigliere : data* ……………….…….………… *firma* …….…………………………….….………….…

*Verifiche e conferme (Art.43 e 71 del D.P.R. 445/2000)*

*Laurea: Richiesta Prot.* ……………………………………………… *Conferma Prot.*  ……………………………………………

*Abilitazione : Richiesta Prot.* ……………………………………………… *Conferma Prot.*  ……………………………………………

*Dati anagrafici e civili : Richiesta Prot.* ……………………………………………… *Conferma Prot.*  ……………………………………………

*Carichi pendenti e Casell. : Richiesta Prot.* ……………………………………………… *Conferma Prot.*  ……………………………………………

*Annotazioni :* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……