

Spazio riservato alla segreteria dell'Ordine

N° Iscrizione

Annotazioni:

Protocollo

Bollo:

€ 16,00

Sezione A

Data Delibera

N°

Modulo Iscrizione Albo Psicologi
Regione Basilicata Sez. A

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

..... I 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

Firma (*)

- 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) **ABILITAZIONE** *(barrare con una X la voce che interessa)*
- 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
- di essere in possesso di laurea abilitante ai sensi della legge 163/2021 (Prova Pratica Valutativa-PPV o Prova orale abilitante)
- 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 avere il seguente indirizzo e-mail (PEC) : *(scrivere l'indirizzo leggibile in stampatello)*(***)
.....@.....

Firma (**)

- 13) di NON aver presentato domanda di iscrizione ad altri Ordini regionali degli Psicologi della Repubblica Italiana
- 13) 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 esonero 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 → PagoPa → 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*

*(***) In mancanza di indirizzo PEC lo stesso verrà fornito dell'Ordine*

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 :

.....

.....