Alla C.A.
PRESIDENTE DELL'ORDINE PSICOLOGI
DELLA REGIONE VALLE D'AOSTA
Via Vevey, 19/a
11100 AOSTA

DOMANDA DI VARIAZIONE INDIRIZZO

Il/La sottoscritto /a_____

nato/a a_____Prov.____ il _____

C.F. _____

Tel. _____ Cell._____

e-mail_____

iscritto/a all'Albo degli Psicologi della Regione Valle d'Aosta in data _____ al n._____

DICHIARA
(ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000)

di essere residente in:

Via/Fraz._____ n._____

Cap_____ Comune _____ Prov. _____

DICHIARA
(ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000)

di avere il proprio domicilio professionale in:

Via/Fraz._____ n._____

Cap_____ Comune _____ Prov. _____

N.B.: Ai fini dell'iscrizione è necessario avere la residenza o almeno un domicilio professionale nella regione Valle d'Aosta.

CHIEDE

che sull'Albo appaia il seguente indirizzo:

- ☐ indirizzo di residenza
- ☐ indirizzo di domicilio
- ☐ eventuale altro indirizzo:

  Via _____ n._____

  CAP _____Comune _____Prov._____

Allega alla presente
-copia di un documento d'identità in corso di validità

Luogo e data_____ Firma_____