**Comunicazione conclusione Scuola di specializzazione in psicoterapia**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a presso l’Ordine degli Psicologi della Provincia di Trento nella sezione A □ B □

In data \_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere (artt. 75-76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

* di essere laureato/a in Psicologia presso l’Università di …………………..………….………… in data …………….. e di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione di psicologo presso l’Università di ………………………………………. nella sessione …………….dell’anno……….……..
* **di aver conseguito una specifica formazione per l’esercizio dell’attività psicoterapeutica ex art.3, L.18.02.89 n.56, corso di formazione della durata di \_\_\_\_\_\_\_ anni presso la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* di aver iniziato la frequenza del corso il ……………………..……… terminato il ……..………….………. e di aver conseguito il diploma di specializzazione in data .………………………………………………………….
* la copia del diploma di specializzazione e/o del certificato sostitutivo rilasciato dalla Scuola, allegata alla presente, è conforme all’originale in mio possesso

# e chiede

l’aggiornamento dei suoi dati nell’Albo degli Psicologi alla voce “attività psicoterapeutica”

* allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità
* allega copia dell’attestato/diploma rilasciato dalla Scuola di specializzazione
* dichiara di aver preso visione della nota informativa sul trattamento dei dati personali forniti all’Ordine degli Psicologi della provincia di Trento, nota pubblicata sul sito istituzionale dell’Ordine (“privacy policy”)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo e data) (firma leggibile e per esteso)