

Spett.le  
Ordine Psicologi Regione Marche  
Via Calatafimi 1  
60121 ANCONA AN

Fax: 071/2074240

Luogo e data .....

Oggetto: dichiarazione e comunicazione domicilio professionale nella Regione Marche

Con la presente il sottoscritto Dott. ....  
Nato a ..... Prov. .... il .....  
Residente a ..... Prov. .... Via ..... n. ....  
iscritto all'Albo Psicologi della Regione Marche

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

#### DICHIARA

di avere il proprio domicilio professionale a (città) ..... Prov.....  
Via ..... n. ....

A tal fine allega, in formato .pdf) alla propria dichiarazione la seguente documentazione attestante ciò che viene dichiarato:

- a) .....
- b) .....
- c) .....

In fede  
Firma leggibile

Allegato in formato pdf:  
copia documento di identità.