



DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO
Ex art. 11, comma 1, lettera a, - Legge n.56/1989

Al Consiglio Regionale
dell'Ordine degli Psicologi Marche
Via Calatafimi 1 – int. 10
60121 Ancona

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

prov. _____ il _____, C.F. _____

iscritto presso codesto Consiglio con il numero _____ residente nel Comune di _____

in Via/Piazza _____

titolare di posta certificata @psypec.it SI NO

per i titolari di posta elettronica certificata @psypec.it si anticipa che la casella verrà chiusa entro 30 giorni dalla notifica di avvenuta cancellazione.

CHIEDE

di essere cancellato dall'Albo professionale degli Psicologi delle Marche

a tal fine sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dalla Legge 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- di essere in regola con i versamenti delle quote dovute
- di NON essere in regola con il pagamento delle quote dovute
 - di essere consapevole che, in caso di cancellazione in morosità, permangono gli importi debitori nei confronti dell'Ordine per le quote dovute e non pagate, e pertanto dovranno in ogni caso essere corrisposti
- di essere consapevole che per esercitare la professione di Psicologo è necessario essere iscritto all'apposito Albo professionale
- di essere consapevole che la casella di Posta Elettronica Certificata, fornita dall'Ordine, verrà chiusa a seguito della cancellazione dall'Albo
- di essere in possesso del proprio tesserino di iscrizione all'Ordine
- di non essere in possesso del proprio tesserino di iscrizione all'Ordine per:
 - smarrimento
 - furto
 - mancato ritiro

Il sottoscritto allega alla presente esclusivamente in formato PDF:

- **dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo** (*in calce al presente modulo*)
- **documento di identità in corso di validità** (*fronte e retro*)
- **tesserino d'iscrizione all'Albo se in possesso** (*in caso contrario dichiarare nel modulo di cancellazione il motivo del mancato possesso.*)

Luogo e data _____

Firma _____

Nel caso la domanda sia presentata nel tra gennaio e febbraio, quindi antecedente al pagamento della tassa annuale, deve essere comunque effettuato il versamento al ricevimento dell'avviso da parte di Agenzia Entrate Riscossione (di norma entro il 28 febbraio).

**La domanda di cancellazione deve pervenire tassativamente entro il mese di dicembre c.a. e va inviata dalla Vs. PEC a quella dell'Ordine esclusivamente in formato PDF (allegati compresi) all'indirizzo:
ordinepsicologimarche@psypec.it**



DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

prov. _____ il _____, C.F. _____

Con riferimento all'istanza di DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO inviata a mezzo PEC a Codesta Amministrazione in data _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di false dichiarazioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo mediante acquisto e annullamento (*) di n.1 marca da bollo da € 16,00, con identificativo n. _____ con data _____
- che la medesima marca da bollo è stata regolarmente applicata all'istanza e annullata ai sensi della vigente normativa;
- che la marca da bollo non sarà usata per nessun altro adempimento;
- che l'originale dell'istanza, con marca da bollo applicata e annullata, verrà conservato per tre anni presso il/la sottoscritto/a per eventuali controlli

Data _____

Firma

(*) L'annullamento della marca da bollo si effettua apponendo una firma o un timbro che attraversi sia la marca che il foglio, o tramite perforazione, per certificarne l'uso e impedirne il riutilizzo