

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e ATTESTAZIONE

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a **Nome:** _____ **Cognome** _____
nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / _____
residente in _____, CAP : _____ (____)
Telefono : _____ telefax: _____ cellulare: _____ e-mail: _____
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalle normative vigenti per attestazioni false e/o
mendaci,

DICHIARA

- di essere iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Sardegna dal. al n.
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

Cagliari li Sabato 4 Settembre 2010

In fede