

AUTENTICA FIRMA DI SOTTOSCRIZIONE SINGOLA
(in caso di autenticazione da parte del Presidente del Consiglio Territoriale dell'Ordine)

I/La sottoscritto/a dott./ssa _____, in qualità di Presidente(/Vicepresidente) del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione/Provincia _____

ATTESTO CHE

Il/la dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il
_____, identificato/a con documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____

è stato da me riconosciuto come da documento di identità precedentemente trascritto ed ha apposto la firma di sottoscrizione della lista " _____" / candidatura del/la dott./ssa _____ in mia presenza.

Luogo e data

Timbro del Consiglio dell'Ordine

Firma del/la Presidente