

**ALLEGATO 1**

MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI ILLECITI  
PRIMA BUSTA CHIUSA – DATI IDENTIFICATIVI DEL SEGNALANTE

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome		
Nome		
Nato/a a	il	CF
Residente a	via	
Recapito telefonico	E-mail	
<b>nella qualità di</b> <i>(indicare la qualifica professionale/rapporto con l'Ordine)</i>		

*(luogo e data)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(Firma)*

Si allega copia di un documento di riconoscimento del segnalante.

Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000.



Ordine degli Psicologi della Regione Puglia - Via Sparano da Bari 170, 70122 – Bari  
C.F. 93091790720 Tel. 080 5421037

[www.psicologipuglia.it](http://www.psicologipuglia.it) [segreteria@psicologipuglia.it](mailto:segreteria@psicologipuglia.it) [segreteria.psicologipuglia@psypec.it](mailto:segreteria.psicologipuglia@psypec.it)