

Io sottoscritta Dr. \_\_\_\_\_,  
Psicologa/o iscritta/o presso all'Ordine degli Psicologi della  
Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, dichiaro che  
la Sig.ra/Sig.re \_\_\_\_\_,  
cod.fiscale \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_,  
in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
ha tenuto con me un colloquio psicologico in presenza/online.

Rilascio per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_