



UniSR

Università Vita-Salute
San Raffaele

**Al Magnifico Rettore dell'Università
Vita-Salute San Raffaele di Milano**

Il sottoscritt_nat_ a

Il.....cittadinanza.....codice fiscale

.....residente in via

n.comune prov,..... cap.

recapito telefonico/..... cellulare (facoltativo)

laureat_ in Psicologia il presso.....

avendo sostenuto nella sessione dell'annol'esame di Stato per

l'abilitazione all'esercizio della professione di **PSICOLOGO**

CHIEDE IL RILASCIO

dell'attestato sostitutivo di abilitazione e il successivo rilascio del diploma originale

del diploma originale di abilitazione

Per i laureati presso Università di altre regioni si allega copia della quietanza
di versamento della tassa di abilitazione professionale

(importo e C/C postale dovranno essere richiesti all'Università in cui è stata conseguita la laurea)

Data.....

Firma.....

Università Vita-Salute San Raffaele

Via Olgettina 58 – 20132 Milano

Tel. +39 02 91751 500

P. IVA 13420850151 – Cod. Fisc. 97187560152 – N° REA MI-1511742

www.unisr.it