

1....., 2..... de 3.....de 2021.-

COMISIÓN DIRECTIVA

CPZAVE

Por la presente me dirijo a los fines de solicitar mi incorporación al Colegio de Psicólogos del Alto Valle Este de Río Negro, correspondiendo a la jurisdicción en la cual desempeño mi actividad profesional, dando cumplimiento a lo establecido en la ley 4349, para lo cual consigno lo siguiente:

I. DATOS PERSONALES

Nombre y apellido:

DNI:

Estado Civil:

Fecha y lugar de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio real:

Tel.:

Domicilio profesional:

Tel.:

E-mail:

II. DATOS PROFESIONALES

Título:

Expedido por:

Mat. Prov.:

Trabajo en relación de dependencia:

Organismo:....., con funciones .....

Trabajo en forma independiente:

- Indique con una cruz -

Área de ejercicio profesional:

Psicología clínica de adultos

Psicología clínica de niños y adolescentes

Psicología laboral/organizacional

Psicología clínica vincular

Psicología Forense

Psicología Educativa

Psicología Social

Psico-oncología/paliativos

Evaluación psicológica/psicodiagnóstico

Neuropsicología

Investigación

Psicoprofilaxis (obstétrica, quirúrgica)

Trabaja con obras sociales

Docencia

No  Si  Cuáles:

N. Secundario  N. Terciario  N. Universitario

Otros:

<sup>1</sup> Lugar

<sup>2</sup> Día

<sup>3</sup> Mes

Formación Teórica:

Psicoanálisis

Sistémica

Gestalt

Cognitiva

Conductismo

Otra:

Los datos a consignar en la página web institucional serán: nombre y apellido, teléfono de contacto profesional, localidad, área de ejercicio profesional y marco teórico.

NO deseo que mis datos personales sean publicados

Adjunto a la presente, la documentación requerida para mi colegiación:

1. Fotocopia del Título de grado
2. Fotocopia de DNI
3. 2 fotos carnet
4. Curriculum Vitae
5. Constancia de Cuil
6. Fotocopia de Matrícula profesional
7. Certificado de ética profesional

Adeudando lo siguiente:

- Indique con una cruz -

1. Fotocopia Matrícula profesional
2. Abonar una cuota del trámite

Declaro bajo juramento poseer capacidad civil y no estar inhabilitado por sentencia judicial ni resolución administrativa para el ejercicio de la profesión, ni estar excluido o suspendido de la matrícula profesional en ningún Colegio de Psicólogos de la República Argentina.

Manifiesto tener conocimiento de lo normado por la ley provincial 4349 y por la ley provincial 3338, así como de las cláusulas estatutarias y obligaciones allí consignadas de pago de la cuota social, de sus respectivos montos y las condiciones de vigencia como asociado.

Me comprometo a informar cualquier modificación de domicilio o dirección electrónica, dentro de los 30 días de producirse el cambio bajo pena de tenerse por válida cualquier notificación cursada en las mismas.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Firma y aclaración

---

<sup>4</sup> Colegiación N°:

<sup>5</sup> Fecha de colegiación:

*Firma Presidente y Secretario Comisión Directiva*

<sup>4</sup> A consignar por la Comisión Directiva en reunión mensual ordinaria.

<sup>5</sup> A consignar por la Comisión Directiva en reunión mensual ordinaria.