

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:

¹ Lugar

² Día

³ Mes

Formación Teórica:

Psicoanálisis

Sistémica

Gestalt

Cognitiva

Conductismo

Otra:

Los datos a consignar en la página web institucional serán: nombre y apellido, localidad, número de matrícula y de colegiación.

SI DESEO / NO DESEO que además se indique teléfono de contacto profesional, área de ejercicio profesional y marco teórico.

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 de renovación de Matrícula profesional
2. Certificado de ética profesional
3. Abonar una cuota del trámite

Declaro bajo juramento que se me ha informado que la presente colegiación tiene carácter de provisoria y que transcurrido el plazo de treinta (30) días a partir de la admisión de mi solicitud sin cumplimentar el trámite, se dará de baja mi colegiación, debiendo reiniciarlo nuevamente, asumiendo los costos ya establecidos, ante este Colegio de Psicólogos, con comunicación pertinente al Ministerio de Salud de la provincia de Rio Negro.

Así mismo declaro 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

⁴ Colegiación N°:

⁵ Fecha de colegiación:

Firma Presidente y Secretario Comisión Directiva

⁴ A consignar por la Comisión Directiva en reunión mensual ordinaria.

⁵ A consignar por la Comisión Directiva en reunión mensual ordinaria.