



Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito _____

Reglamento de Matriculación **ANEXO X**

Solicitud de Rehabilitación de Matrícula

Lugar y fecha: _____, _____

Sr./a. Presidente del
Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires
S _____ / _____ D _____

Por la presente solicito la rehabilitación de la matrícula N° _____.

Saludo atentamente,

Firma

DATOS PERSONALES:

ANTES DE COMPLETARLOS, LEER AL DORSO

Apellido/s:Nombre/s:.....
 Fecha de Nacimiento:.....Sexo:.....
 Nacionalidad:..... Lugar de Nacimiento:.....
 Pcia. de:.....
 Documento de Identidad (DNI – LC – LE – CI):.....
 N° de Matrícula : Distrito de Origen:.....
 Domicilio Real:.....
 Localidad:.....C.P.:.....
 TE.:..... E-Mail:.....
 Domicilio Profesional:..... TE :.....
 Localidad:.....C.P.:.....
 Domicilio Profesional:..... TE :.....
 Localidad:.....C.P.:.....
 Domicilio Profesional:..... TE :.....
 Localidad:.....C.P.:.....
 Título:.....Universidad:.....
 Fecha de Expedición de título:/...../.....Terminación de estudios:/...../.....
 Fecha de inicio de actividad profesional en la Provincia:/...../.....
 Otros Títulos Profesionales de Grado y/o Post-Grado:.....
 Observaciones:.....

Estimado/a colega:

La presente solicitud debe ser llenada a mano (con letra de imprenta) o a máquina, consignando todos los datos del modo más claro y fidedigno posible.

Reviste el carácter de Declaración Jurada.

Tenga en cuenta, para su llenado las siguientes aclaraciones:

1. Las mujeres serán registradas por su apellido de soltera. Si indican su apellido de casada, lo harán siguiendo el de soltera y precedido por la preposición “de”.
2. Consignar claramente el número y el tipo de Documento de Identidad.
3. Domicilio profesional: indicar todos los lugares en los que ejercerá la profesión en la Provincia de Buenos Aires, correspondientes a este Distrito. Se indicará, asimismo, si se trata de consultorio particular, escuela, clínica, hospital, etc., con aclaración del domicilio y teléfono que correspondan, para cada uno.
4. Se hará constar como Título Universitario, el nombre completo que figura en el mismo: Psicólogo/a o Licenciado/a en Psicología

Firma

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

El Consejo Directivo, en sesión del día.....de.....de 20....., resuelve aprobar la presente solicitud de rehabilitación de la matrícula.

Secretario General

Presidente

La presente rehabilitación se comunicará al Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, los Colegios de Psicólogos de Distrito y al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Fecha:/...../.....

Secretario General

Presidente