**Colegio de Psicólogos Pcia. De Bs. As. – Distrito I**

**Planilla de Inscripción - Reinscripción SAC**

**Datos personales**

Apellido y nombre:

DNI:

Teléfono:

Domicilio:

Email:

**Datos profesionales**

Matrícula:

Orientación:

Domicilio/s profesional/es:

Teléfono:

Email:

Localidad/es:

**Marcar con una cruz**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cargo al que se presenta** | **Documentación presentada** |
| **Admisor** | CV |
|  | Constancia de tratamiento personal |
| **Supervisor** | Constancia de supervisión |
|  | Certificado de Ética |
| **Prestador** | Copia de póliza y último pago de resguardo profesional |
|  | Copia de habilitación de consultorio |

**Prácticas**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Psicoterapia Individual |
|  | Psicoterapia Grupal |
|  | Psicoterapia Vincular |
|  | Atención Domiciliaria |
|  | Psicodiagnòstico |
|  | Evaluación Neurocognitiva |
|  | Orientación Vocacional |
|  | Psicoprofilaxis |

**Prestaciones**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Niños |
|  | Adolecentes |
|  | Adultos |
|  | Personas mayores |
|  | Adicciones |
|  | Trastornos Severos |
|  | Perspectiva de Genero |
|  | Violencia |
|  | Abuso Sexual |
|  | Psico- Oncologia |

**Nota No se recepcionaran inscripciones que contengan omisiones a los requerimientos antes descriptos**

**Firma y sello**