

COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE CATAMARCA DECLARACIÓN JURADA GENERAL ANUAL 2018

Se solicita llenar la presente con letra clara de imprenta. Firmar y sellar al dorso.

DATOS DEL PROFESIONAL:

Nombre y Apellidos:	
Tipo y N° de Documento:	N° de CUIT:
Título Profesional y de Especialidad:	
Matrícula Provincial N°:	Matrícula de Especialidad N°:
Teléfonos (fijo y Celular):	
N° de Registro Nacional de Prestadores en Salud:	N° de Póliza –Seguro de Mala Praxis:
Correo electrónico:	

DATOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA:

Orientación, Corriente, Formación Teórico/práctica:				
MODALIDAD DE ATENCIÓN Y ABORDAJE (marcar según corresponda)				
Niños	Adolescentes	Adultos	Tercera Edad	Otro
Individual	Pareja	Familia	Grupos	Otro
Atención en internación / domicilio		SI	NO	

CONSULTORIO PRIVADO 1						
Si:			No:			
Nombre Comercial:						
Domicilio:						
N° de teléfonos:						
Localidad:						
Horario y días de atención:						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS	DOMINGOS
<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>
ATIENDO FERIADOS PROVINCIALES / NACIONALES (marcar según corresponda)			SI	NO		

CONSULTORIO PRIVADO 2								
Si:			No:					
Nombre Comercial:								
Domicilio:								
N ° de teléfonos:								
Localidad:								
Horario y días de atención:								
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS	DOMINGOS		
<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>		
ATIENDO FERIADOS				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>			SI	NO
SI	NO							
PROVINCIALES / NACIONALES (marcar según corresponda)								

ACTIVIDAD PROFESIONAL EN OTRAS INSTITUCIONES:						
PRIVADA			PUBLICA			
Relación Laboral: (Contrato, Monotributista , etc.)						
Nombres:						
Domicilios:						
Teléfonos N °:			Localidad:			
Horario y días de atención de cada Institución:						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS	DOMINGOS
<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS	DOMINGOS
<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>	<i>DE.....A.....hs.</i>

***Declaro que la información consignada en la presente declaración es verdadera, correcta y completa.
Me comprometo a notificar por escrito, en tiempo y forma, cualquier modificación de la situación descripta.***

En la Ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca, a los.....días del mes dede 201...

Firma del declarante:

Sello: