

FECHA DE INCORPORACIÓN
____/____/____

CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL

COLEGIATURA N°



Colegio de Psicólogos del Perú
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

FOTO

I DATOS GENERALES

APELLIDO PATERNO

--

APELLIDO MATERNO

--

PRIMER NOMBRE

--

SEGUNDO NOMBRE

--

LUGAR DE NACIMIENTO

DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO

FECHA DE NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

D.N.I.	R.U.C.	PASAPORTE	BREVETE

DOMICILIO

AV., CALLE, JIRÓN, PASAJE	NÚMERO, MZ., LT., ETC.	URB., PP.JJ., AA.HH. ETC.	CÓDIGO POSTAL

DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO

TELÉFONOS

CELULAR 1	CELULAR 2	FIJO

CORREO ELECTRÓNICO

CORREO 1	
CORREO 2	

ESTADO CIVIL

--

GRUPO SANGUINEO

--

FACTOR

--

NOMBRE DEL ESPOSO(A)

PROFESIÓN / OCUPACIÓN

Nº DE HIJO	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL

II DATOS ACADÉMICOS

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA

TÍTULO OBTENIDO

FORMA Y FECHA DE OBTENCIÓN DE TÍTULO

TESIS

<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>

TÍTULO

CASO CLÍNICO

EXAMEN DE GRADO

OTRO (INDICAR)

ÁREAS DE ESPECIALIZACIÓN

CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	EDUCACIONAL	<input type="checkbox"/>	SOCIAL	<input type="checkbox"/>	ORGANIZACIONAL	<input type="checkbox"/>
COMUNITARIA	<input type="checkbox"/>	DEPORTIVA	<input type="checkbox"/>	JURÍDICA	<input type="checkbox"/>	OTRA	<input type="text"/>

REVALIDACIÓN (Para los que hubiesen estudiado en el extranjero)

INSTITUCIÓN	<input type="text"/>		
TÍTULO OBTENIDO	<input type="text"/>		
LUGAR	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>
REVALIDACIÓN OTORGADO POR	<input type="text"/>		
LUGAR	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>

MAESTRÍA

MAESTRÍA EN	<input type="text"/>		
MENCIÓN	<input type="text"/>	UNIVERSIDAD	<input type="text"/>
TIEMPO DE ESTUDIO	<input type="text"/>	FECHA DE OBTENCIÓN DEL GRADO	<input type="text"/>
TÍTULO DE TESIS	<input type="text"/>		

DOCTORADO

MAESTRÍA EN	<input type="text"/>		
MENCIÓN	<input type="text"/>	UNIVERSIDAD	<input type="text"/>
TIEMPO DE ESTUDIO	<input type="text"/>	FECHA DE OBTENCIÓN DEL GRADO	<input type="text"/>
TÍTULO DE TESIS	<input type="text"/>		

IDIOMA

IDIOMA	<input type="text"/>	CENTRO DE ESTUDIOS	<input type="text"/>
TIEMPO DE ESTUDIO	<input type="text"/>	CERTIFICADO OBTENIDO	<input type="text"/>

OTROS ESTUDIOS

ESTUDIO DE		CENTRO DE ESTUDIOS	
TIEMPO DE ESTUDIO		CERTIFICADO OBTENIDO	
ESTUDIO DE		CENTRO DE ESTUDIOS	
TIEMPO DE ESTUDIO		CERTIFICADO OBTENIDO	

III ACTIVIDAD PROFESIONAL

EJERCE

NO EJERCE

INSTITUCIÓN(ES) PARA LA(S) QUE TRABAJA

INSTITUCIÓN		SECTOR	
CARGO QUE DESEMPEÑA		TIEMPO DE SERVICIO	- PARCIAL <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/>
TIEMPO DE SERVICIO		DIRECCIÓN	
TELÉFONO		NOTA	
INSTITUCIÓN		SECTOR	
CARGO QUE DESEMPEÑA		TIEMPO DE SERVICIO	- PARCIAL <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/>
TIEMPO DE SERVICIO		DIRECCIÓN	
TELÉFONO		NOTA	

ACTIVIDAD PARTICULAR

CONSULTORIO <input type="checkbox"/>	INSTITUTO <input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	
OTRO			
CARGO QUE DESEMPEÑA			
TELÉFONO			
CONSULTORIO <input type="checkbox"/>	INSTITUTO <input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	
OTRO			
CARGO QUE DESEMPEÑA			
TELÉFONO			
	TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO		
	DIRECCIÓN		
	TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO		
	DIRECCIÓN		

IV OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES - NO PSICOLÓGICAS

CONSULTORIO <input type="checkbox"/>	INSTITUTO <input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	
OTRO			
CARGO QUE DESEMPEÑA			
TELÉFONO			
CONSULTORIO <input type="checkbox"/>	INSTITUTO <input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	
OTRO			
CARGO QUE DESEMPEÑA			
TELÉFONO			
	TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO		
	DIRECCIÓN		
	TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO		
	DIRECCIÓN		

V NECESIDAD DE CAPACITACIÓN

ÁREA(S) EN LA QUE DESEARÍA RECIBIR UNA CAPACITACIÓN

<input type="checkbox"/> CLÍNICA	<input type="checkbox"/> COMUNITARIA	<input type="checkbox"/> EDUCACIONAL
<input type="checkbox"/> DEPORTIVA	<input type="checkbox"/> SOCIAL	<input type="checkbox"/> JURÍDICA
<input type="checkbox"/> INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL	<input type="checkbox"/> OTRO

TEMAS

1-	
2-	

VI BIENESTAR

¿QUE ASPECTOS DE BIENESTAR PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL DESEARÍA USTED QUE EL COLEGIO PROMOVIERA ENTRE LOS MIEMBROS DE LA ORDEN?

<input type="checkbox"/> ATENCIÓN MÉDICA	<input type="checkbox"/> COOPERATIVAS	<input type="checkbox"/> OTROS	
<input type="checkbox"/> SEGUROS	<input type="checkbox"/> RECREACIÓN		

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento al Colegio de Psicólogos del Perú, a efectos del vigente del proceso de incorporación, encontrándome en conocimiento de las sanciones aplicables a en caso de constatare falso testimonio.

VII FICHA DE RECEPCIÓN

FIRMA DEL PROFESIONAL

RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO

EL DECANO DE CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL XI ANCASH QUE SUSCRIBE, LUEGO DE LA REVISIÓN DE LA PRESENTE FICHA DE INSCRIPCIÓN, DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE

FECHA:/...../.....

DECANO REGIONAL XI - ANCASH

V III. EL DECANO DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL QUE SUSCRIBE DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE

FECHA:/...../.....

DECANO NACIONAL

IX. OBSERVACIONES

.....

.....

.....