

FECHA DE INCORPORACIÓN

...../...../.....

CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL

.....

COLEGIATURA Nº

.....



**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	URBANIZACIÓN	CÓDIGO POSTAL

DISTRITO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA

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

<b>UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA</b>	<b>TÍTULO OBTENIDO</b>

<b>FORMA Y FECHA DE OBTENCIÓN DE TÍTULO</b>		
TESIS	FECHA	TÍTULO
CASO CLÍNICO	FECHA	
EXAMEN DE GRADO	FECHA	
OTRO (INDICAR)		

<b>ÁREAS DE ESPECIALIZACIÓN</b>			
CLÍNICA	EDUCACIONAL	SOCIAL	ORGANIZACIONAL
COMUNITARIA	DEPORTIVA	JURÍDICA	OTRA

<b>REVALIDACIÓN (Para los que hubiesen estudiado en el extranjero)</b>			
INSTITUCIÓN			
TÍTULO OBTENIDO			
LUGAR		FECHA	
REVALIDACIÓN OTORGADO POR			
LUGAR		FECHA	

<b>MAESTRÍA</b>			
MAESTRÍA EN			
MENCIÓN		UNIVERSIDAD	
TIEMPO DE ESTUDIO		FECHA DE OBTENCIÓN DEL GRADO	
TÍTULO DE TESIS			

<b>DOCTORADO</b>			
MAESTRÍA EN			
MENCIÓN		UNIVERSIDAD	
TIEMPO DE ESTUDIO		FECHA DE OBTENCIÓN DEL GRADO	
TÍTULO DE TESIS			

<b>IDIOMA</b>			
IDIOMA		CENTRO DE ESTUDIOS	
TIEMPO DE ESTUDIO		CERTIFICADO OBTENIDO	

<b>OTROS ESTUDIOS</b>			
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  COMPLETA   
 TIEMPO DE SERVICIO  DIRECCIÓN   
 TELÉFONO  NOTA

INSTITUCIÓN  SECTOR   
 CARGO QUE DESEMPEÑA  TIEMPO DE SERVICIO - PARCIAL  COMPLETA   
 TIEMPO DE SERVICIO  DIRECCIÓN   
 TELÉFONO  NOTA

#### ACTIVIDAD PARTICULAR

CONSULTORIO  INSTITUTO  CENTRO EDUCATIVO   
 OTRO  TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO   
 CARGO QUE DESEMPEÑA  DIRECCIÓN   
 TELÉFONO

CONSULTORIO  INSTITUTO  CENTRO EDUCATIVO   
 OTRO  TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO   
 CARGO QUE DESEMPEÑA  DIRECCIÓN   
 TELÉFONO

### IV OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES - NO PSICOLÓGICAS

CONSULTORIO  INSTITUTO  CENTRO EDUCATIVO   
 OTRO  TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO   
 CARGO QUE DESEMPEÑA  DIRECCIÓN   
 TELÉFONO

CONSULTORIO  INSTITUTO  CENTRO EDUCATIVO   
 OTRO  TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO   
 CARGO QUE DESEMPEÑA  DIRECCIÓN   
 TELÉFONO

### V NECESIDAD DE CAPACITACIÓN

ÁREA(S) EN LA QUE DESEARÍA RECIBIR UNA CAPACITACIÓN

CLÍNICA  COMUNITARIA  EDUCACIONAL  
 DEPORTIVA  SOCIAL  JURÍDICA  
 INDUSTRIAL  ORGANIZACIONAL  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?

ATENCIÓN MÉDICA  
 SEGUROS

COOPERATIVAS  
 RECREACIÓN

OTROS

### 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 en caso de constarse falso testimonio.

## VII FICHA DE RECEPCIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO

EL DECANO DEL CDR  QUE SUSCRIBE, LUEGO DE LA REVISIÓN DE LA PRESENTE FICHA DE INSCRIPCIÓN  
, DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE.

FECHA

\_\_\_\_\_  
DECANO REGIONAL

**EL DECANO DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL QUE  
SUSCRIBE DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL  
RECURRENTE**

JESÚS MARÍA ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
DECANO NACIONAL

## **OBSERVACIONES**