

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

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA TÍTULO OBTENIDO

FORMA Y FECHA DE OBTENCIÓN DE TÍTULO

TESIS	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>	TÍTULO	<input type="text"/>
CASO CLÍNICO	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>		
EXAMEN DE GRADO	<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>		
OTRO (INDICAR)	<input type="text"/>				

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="checkbox"/>

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

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