

# COLEGIO DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGIA DECLARACIÓN JURADA GENERAL ANUAL 2024

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

## DATOS DEL PROFESIONAL:

Nombre y Apellidos:	
Tipo y N° de Documento:	N° de CUIT: CATEGORIA MONOTRIBUTO:
Título Profesional y de Especialidad:	
Matrícula Provincial N°:	Matrícula de Especialidad N°:
Teléfonos (fijo y Celular):	Domicilio Particular:
N° de Registro Nacional de Prestadores en Salud:	<u>Seguro de Mala Praxis:</u> N° de Póliza:
Válido Hasta:	Válido Hasta:
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

Sí:		No:				
Nombre Comercial:						
Domicilio:						
N° de teléfonos:						
Localidad:						
Horario y días de atención:						
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS	DOMINGOS
DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.
ATIENDO FERIADOS		SI		NO		
PROVINCIALES / NACIONALES (marcar según corresponda)		SI		NO		
<b>HABILITACION DE CONSULTORIO:</b>	SI	NO	<b>PRESTADOR DE OBRAS SOCIALES:</b>	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 PROVINCIALES / NACIONALES (marcar según corresponda)				SI	NO	
<b>HABILITACION DE CONSULTORIO:</b>			SI	NO	<b>PRESTADOR DE OBRAS SOCIALES:</b>	
					SI	NO

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>

PERÍODO VACACIONES/LICENCIAS: DE .../.../... A .../.../...	
HORARIOS DE ATENCIÓN	
EL MISMO	OTRO
DETALLAR:.....	

***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 de.....de 202...***

***Firma del declarante:***

***Sello:***

