

COLEGIO DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGIA DECLARACIÓN JURADA GENERAL ANUAL 2025

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 |
| <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 (marcar según corresponda) | | SI | NO | | |
| <u>HABILITACION DE CONSULTORIO:</u> | SI | NO | <u>PRESTADOR DE OBRAS SOCIALES:</u> | 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 |
| <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 (marcar según corresponda) | | | | SI | NO |
| HABILITACION DE CONSULTORIO: | | SI | NO | PRESTADOR DE OBRAS SOCIALES: | |
| | | | | 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 |
| <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 |
| <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 de.....de 202...

Firma del declarante:

Sello: