

# **COLEGIO DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGIA**

## **DECLARACIÓN JURADA GENERAL ANUAL 2026**

*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>
Válido Hasta:		N° de Póliza:
Correo electrónico:		Válido Hasta:

### **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		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

### **CONSULTORIO PRIVADO 1**

Si:		No:	
Nombre Comercial:			
Domicilio:			
N° de teléfonos:			
Localidad:			
<b>Horario y días de atención:</b>			
LUNES		MARTES	
<i>DE.....A.....hs.</i>		<i>DE.....A.....hs.</i>	
MIERCOLES		JUEVES	
<i>DE.....A.....hs.</i>		<i>DE.....A.....hs.</i>	
VIERNES		SABADOS	
<i>DE.....A.....hs.</i>		<i>DE.....A.....hs.</i>	
<b>ATIENDO FERIADOS PROVINCIALES</b> (marcar según corresponda)			
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
<b>HABILITACION DE CONSULTORIO:</b>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>PRESTADOR DE OBRAS SOCIALES:</b>			
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	

**CONSULTORIO PRIVADO 2**

Si:	No:						
Nombre Comercial:							
Domicilio:							
N ° de teléfonos:							
Localidad:							
<b>Horario y días de atención:</b>							
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)			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
<b><u>HABILITACION DE CONSULTORIO:</u></b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b><u>PRESTADOR DE OBRAS SOCIALES:</u></b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>

**ACTIVIDAD PROFESIONAL EN OTRAS INSTITUCIONES:**

PRIVADA	PUBLICA				
Relación Laboral: (Contrato, Monotributista , etc.)					
Nombres:					
Domicilios:					
Teléfonos N °:	Localidad:				
<b>Horario y días de atención de cada Institución:</b>					
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:*