

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

CONSULTORIO PRIVADO 1					
Si:		No:			
Nombre Comercial:					
Domicilio:					
N° de teléfonos:					
Localidad:					
Horario y días de atención:					
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.	DE.....A.....hs.
ATIENDO FERIADOS PROVINCIALES (marcar según corresponda)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
<u>HABILITACION DE CONSULTORIO:</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<u>PRESTADOR DE OBRAS SOCIALES:</u>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> ATIENDO FERIADOS PROVINCIALES (marcar según corresponda) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; gap: 10px;"> <div style="text-align: center; width: 30px;">SI</div> <div style="text-align: center; width: 30px;">NO</div> </div> </div>					
<u>HABILITACION DE CONSULTORIO:</u>	SI	NO	<u>PRESTADOR DE OBRAS SOCIALES:</u>	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: