

FECHA DE INCORPORACIÓN

...../...../.....

CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL

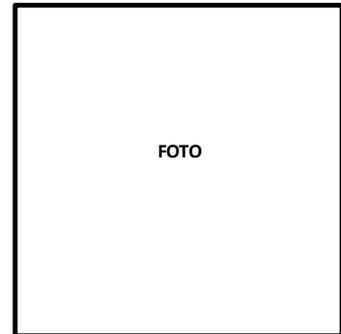
.....

COLEGIATURA N°

.....



Colegio de Psicólogos del Perú
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
 2024 - 2027



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

TELÉFONOS

CELULAR 1	CELULAR 2	FIJO

CORREO ELECTRÓNICO

CORREO 1	
CORREO 2	

ESTADO CIVIL

GRUPO SANGUINEO

FACTOR

NOMBRE DEL ESPOSO(A)

PROFESIÓN / OCUPACIÓN

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

III - ACTIVIDAD PROFESIONAL

EJERCE
NO EJERCE

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

INSTITUCIÓN(ES) PARA LA(S) QUE TRABAJA

INSTITUCIÓN				SECTOR				
CARGO QUE DESEMPEÑA				TIEMPO DE SERVICIO	- PARCIAL	<input type="checkbox"/>	COMPLETA	<input type="checkbox"/>
TIEMPO DE SERVICIO			DIRECCIÓN					
TELÉFONO			NOTA					
INSTITUCIÓN				SECTOR				
CARGO QUE DESEMPEÑA				TIEMPO DE SERVICIO	- PARCIAL	<input type="checkbox"/>	COMPLETA	<input type="checkbox"/>
TIEMPO DE SERVICIO			DIRECCIÓN					
TELÉFONO			NOTA					

ACTIVIDAD PARTICULAR

CONSULTORIO	<input type="checkbox"/>	INSTITUTO	<input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO	<input type="checkbox"/>	
OTRO				TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO		
CARGO QUE DESEMPEÑA				DIRECCIÓN		
TELÉFONO						
CONSULTORIO	<input type="checkbox"/>	INSTITUTO	<input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO	<input type="checkbox"/>	
OTRO				TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO		
CARGO QUE DESEMPEÑA				DIRECCIÓN		
TELÉFONO						

IV - OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES - NO PSICOLÓGICAS

CONSULTORIO	<input type="checkbox"/>	INSTITUTO	<input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO	<input type="checkbox"/>	
OTRO				TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO		
CARGO QUE DESEMPEÑA				DIRECCIÓN		
TELÉFONO						
CONSULTORIO	<input type="checkbox"/>	INSTITUTO	<input type="checkbox"/>	CENTRO EDUCATIVO	<input type="checkbox"/>	
OTRO				TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO		
CARGO QUE DESEMPEÑA				DIRECCIÓN		
TELÉFONO						

V - NECESIDAD DE CAPACITACIÓN

ÁREA(S) EN LA QUE DESEARÍA RECIBIR UNA CAPACITACIÓN

<input type="checkbox"/>	CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	COMUNITARIA	<input type="checkbox"/>	EDUCACIONAL
<input type="checkbox"/>	DEPORTIVA	<input type="checkbox"/>	SOCIAL	<input type="checkbox"/>	JURÍDICA
<input type="checkbox"/>	INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/>	ORGANIZACIONAL	<input type="checkbox"/>	OTRO
					<input type="checkbox"/>

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 constatarse falso testimonio.

VII - FICHA DE RECEPCIÓN

FIRMA DEL PROFESIONAL

RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO

EL DECANO(A) DEL CDR QUE SUSCRIBE, LUEGO DE LA REVISIÓN DE LA PRESENTE FICHA DE INSCRIPCIÓN
, DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE.

FECHA

DECANO(A) REGIONAL

**EL DECANO(A) DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL QUE
SUSCRIBE DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL
RECURRENTE**

JESÚS MARÍA/...../.....

DECANO(A) NACIONAL

OBSERVACIONES