



COLEGIO DE PSICÓLOGOS

PROV · DE SANTA FE · 2º CIRC · ROSARIO · ARGENTINA

SAPC

SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA COMUNIDAD

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO PRESTADOR

Fecha	
Lugar	

Apellido y Nombre	
Teléfono fijo	
Teléfono móvil	
E-mail	

Matrícula Nº	
Domicilio profesional	
Nº de Habilitación del consultorio	

Zona (marcar con x)	CENTRO <input type="checkbox"/> MACROCENTRO <input type="checkbox"/> SUR <input type="checkbox"/> NORTE <input type="checkbox"/> OESTE <input type="checkbox"/>
	OTRAS LOCALIDADES:

Arte de Curar	
---------------	--

Superintendencia de Servicios de Salud	Número: Vencimiento:
--	-------------------------

Seguro de Mala Praxis	Número de Póliza: Vencimiento:
-----------------------	-----------------------------------

Observaciones	Adjuntar fotocopia de Certificado Superintendencia de Servicios de Salud y Seguro de Mala Praxis.
---------------	---

PRÁCTICAS EN LAS QUE SE INSCRIBE (COMPLETAR CON UNA X EN LAS OPCIONES)

PRÁCTICA	NIÑOS	ADOLESCENTES	ADULTOS	ADULTOS MAYORES
PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA				
DISCAPACIDAD				
ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO				
ATENCIÓN EN DOMICILIO				
ORIENTACIÓN A PADRES				
PSICOTERAPIA FAMILIA Y/O PAREJA				
ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
PSICOTERAPIA GRUPAL				
PSICODIAGNÓSTICO				
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL				

Observación: deberá acreditar formación en las prácticas seleccionadas.

ORIENTACIÓN CLÍNICA:

.....

LENGUAJE DE SEÑAS: SI NO

IDIOMAS:.....

Por la presente, el profesional que solicita inscripción al S.A.P.C. del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Santa Fe, 2ª Circunscripción - Ley 9.538, declara conocer y respetar el reglamento del S.A.P.C., así como no cobrar bajo ningún concepto importes adicionales. Los datos consignados en el presente formulario tienen carácter de declaración jurada.

Lugar y fecha:

Firma y aclaración del profesional: