



INFORME PSICOLÓGICO

(Localidad) _____, ____ de _____ de 20__

Se hace constar que _____, DNI N° _____, con fecha de nacimiento el ____ de _____ del año _____, SI / NO presenta trastornos psicológicos que impidan desarrollar sus tareas y/o desempeño habitual.

Se observa:

<u>C. INTELLECTUAL</u> acorde a lo requerido	SI	NO	
<u>MADUREZ PSICOMOTRIZ</u> acorde a lo requerido	SI	NO	
<u>RELACIONES AFECTIVAS</u>	SIN	CON	Alteraciones
Requiere Psicoterapia	SI	NO	

Información complementaria:

Para ser presentado ante:

Firma del/de la profesional

Aclaración de firma y sello

Nº de Matrícula

El presente certificado tendrá validez solo con las estampillas del Colegio de Psicólogos de Santa Fe y durante un período de sesenta (60) días.