

FECHA DE INCORPORACIÓN

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

CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL

III AREQUIPA - MOQUEGUA

N° DE COLEGIATURA

.....



Colegio de Psicólogos del Perú  
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

FOTO

### 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

DISTRITO	DEPARTAMENTO	PROVINCIA

TELÉFONOS

CELULAR 1	CELULAR 2	FIJO

CORREO ELECTRÓNICO

CORREO 1	
CORREO 2	

ESTADO CIVIL

GRUPO SANGUINEO

FACTOR RH

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

CASO CLÍNICO

<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>
--------------------------	-------	----------------------

EXAMEN DE GRADO

<input type="checkbox"/>	FECHA	<input type="text"/>
--------------------------	-------	----------------------

OTRO (INDICAR)

### ÁREAS DE ESPECIALIZACIÓN

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

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

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

ORGANIZACIONAL	<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

#### INSTITUCIÓN(ES) PARA LA(S) QUE TRABAJA

INSTITUCIÓN				SECTOR			
CARGO QUE DESEMPEÑA				TIEMPO DE SERVICIO	-	PARCIAL	COMPLETA
TIEMPO DE SERVICIO				DIRECCIÓN			
TELÉFONO				NOTA			

  

INSTITUCIÓN				SECTOR			
CARGO QUE DESEMPEÑA				TIEMPO DE SERVICIO	-	PARCIAL	COMPLETA
TIEMPO DE SERVICIO				DIRECCIÓN			
TELÉFONO				NOTA			

#### ACTIVIDAD PARTICULAR

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

  

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

### IV OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES - NO PSICOLÓGICAS

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

  

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

### 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

#### 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 a en caso de constatarse falso testimonio.

## VII. FECHA DE RECEPCIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO

EL DECANO DEL CDR III AREQUIPA – MOQUEGUA QUE SUSCRIBE. LUEGO DE LA REVISION DE LA PRESENTE FICHA DE INSCRIPCIÓN, DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE.

FECHA:

\_\_\_\_\_  
DECANO REGIONAL

EL DECANO DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL QUE SUSCRIBE, DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE.

JESÚS MARÍA ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
DECANO NACIONAL

**OBSERVACIONES:**