

**COLEGIO DE PSICÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO XI**

Calle 10 n°1284 – (1900) La Plata – tel/fax: (0221) 421-1107 / 482-8770– email: colpsixi@netverk.com.ar

SOLICITUD DE EXTENSION DE LA MATRICULA

La Plata, _____

Sr/a. Presidente del
Colegio de Psicólogos de la
Provincia de Buenos Aires.

S _____ / _____ D

Por la presente, solicito se me inscriba en el Registro de Matrícula y se me otorgue la Matrícula Profesional para ejercer mis actividades _____ (Título Universitario), en los términos establecidos en la Ley 10.306, art. 4º.

Declaro tener conocimiento expreso de mis derechos y obligaciones consignados en el mencionado texto legal, así como de la reglamentación correspondiente, no estando alcanzado por las inhabilitaciones e incompatibilidades consignadas en dicha ley.

Adjunto los elementos requeridos para concretar el trámite de matriculación.

Saludo atentamente.

FIRMA

DATOS PERSONALES:

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: _____ Matrícula N°: _____

Nacionalidad: _____ Lugar de Nac. _____ Pcia. De _____

Documento de Identidad (D.N.I. / L.C. / L.E.) N° _____

Domicilio Real: _____ Tel.: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

E-Mail: _____

Título: _____ **Universidad:** _____

Fecha de expedición de título: ___ / ___ / ___

Fecha de terminación de estudios: ___ / ___ / ___

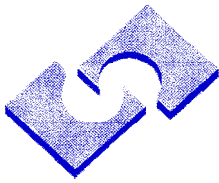
Fecha de inicio de actividad profesional en la Provincia: ___ / ___ / ___

Otros Títulos Profesionales de Grado y/o Post-Grado _____

Domicilio Profesional: _____ Tel.: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

Observaciones: _____



**COLEGIO DE PSICÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO XI**

Calle 10 n°1284 – (1900) La Plata – tel/fax: (0221) 421-1107 / 482-8770– email: colpsixi@netverk.com.ar

Estimado/a colega:

La presente solicitud debe ser llenada a mano (con letra de imprenta) o a máquina, consignando todos los datos del modo más claro y fidedigno posible.

Reviste el carácter de Declaración Jurada

Tenga en cuenta, para su llenado las siguientes aclaraciones:

1. La mujeres serán registradas por su apellido de soltera. Si indican su apellido de casada, lo harán siguiendo el de soltera y precedido por la preposición “de”.
2. Consignar claramente el número y tipo de Documento de Identidad.
3. Domicilio profesional: Indicar todos los lugares en los que ejercerá la profesión en la Provincia de Buenos Aires, correspondientes a este Distrito. Se indicará, asimismo, si se trata de consultorio particular, escuela, clínica. Hospital, etc., con aclaración del domicilio y teléfono que correspondan, para cada uno.
4. Se hará constar como Título Mayor Universitario, el nombre completo que figura en el mismo: Psicólogo/a o Licenciado/a en Psicología.

Firma del Matriculado

(Importante: los pagos se harán al valor de la U.P. del momento en que se hagan efectivos)

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

El Consejo Directivo, en sesión del día _____ de _____ de 201__, resuelve aprobar la presente solicitud de incorporación en el Registro de Matrícula, otorgándose la MATRICULA NUMERO _____

Secretario General

Presidente

La presente extensión se comunicará al Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, a los Colegios de Psicólogos de Distrito y al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Fecha: ____ / ____ / ____

Secretario General

Presidente