



CERTIFICACION DE LA PRACTICA CLINICA. SECTOR PÚBLICO E INSTITUCIONES PRIVADAS

La presente certificación está destinada a profesionales Psicólogos/as que:

- Posean cinco (5) años o más desde la fecha de expedición del título de grado.
- Acrediten tres (3) años o más de ejercicio continuo e ininterrumpido en práctica clínica.
- Desarrollen su actividad profesional en el sector público estatal

DATOS DEL/DE LA PROFESIONAL

Ell/la Lic DNI N° CUIT/CUIL
..... ha mantenido una antigüedad comprobada e ininterrumpida
desde el día.....del mes de del año.....hasta el día del mes de
..... del año cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas
semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por año calendario, dentro del Servicio de
..... en el efector.....

CONSTANCIA

La presente certificación se extiende a pedido del/de la interesado/a para ser presentada
ante la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(entidad certificante), al solo efecto de iniciar el trámite de certificación de Especialista en
Psicología Clínica, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los _____ días del mes de
_____ del año _____.

FIRMAS Y SELLOS

Firma y Sello Aclaración (Jefe/a del Servicio) _____

Firma y sello del Director/a _____

Sello de la Institución _____

Firma y sello del/la solicitante _____

