

CERTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA - Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga

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 ámbito de la seguridad social, obras sociales y/o empresas de medicina prepaga.

DATOS DEL/DE LA PROFESIONAL

Se certifica que el/la Lic. _____, DNI N° _____, CUIT/CUIL N° _____

Se desempeña como prestador/a profesional en _____, y ejerce su profesión de manera independiente como Psicólogo/a en el ámbito clínico desde el día _____ del mes _____ del año _____, hasta la actualidad.

Asimismo, se deja constancia de que desarrolla su actividad con una carga mínima de veinte (20) horas semanales y doscientos (200) días por año calendario.

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:

Cargo: (Coordinador/a – Jefe/a de Servicio – Departamento – Área de Salud Mental)

Firma y sello del/de la director/a: _____

Sello de la Institución: _____

Firma y sello del/de la solicitante: _____