



CERTIFICACION DE LA PRACTICA CLINICA. SECTOR PRIVADO, CONSULTORIO PARTICULAR

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 privado, consultorio particular.

Lic.....MNNº.....,DNI N°.....,
CUIT/CUIL, declaro que he mantenido una antigüedad comprobada en el ejercicio de la práctica clínica de la psicología en el ámbito privado, consultorio particular, desde el día del mes dedel año, hasta la actualidad y continúo, cumpliendo con un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por año calendario.

Desarrollo la actividad clínica en el domicilio ,habilitado para tal fin (adjunto habilitación y/o documentación que lo confirma).

Acredita dicha práctica como Supervisor/a y/o colega formador en el ámbito clínico (referente de formación o supervisor psicóloga/o) el/la Lic/Dr./Dra. , DNI N°....., MN N°.....

CONSTANCIA

La presente constancia se extiende para ser presentada ante la Asociación de Psicólogos del Gobierno de la Ciudad 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 del solicitante

MN

Firma y sello del aval

MN

