

Fecha de Incorporación

___ / ___ / ___

Colegiatura N°



Colegio de Psicólogos del Perú
Consejo Directivo Regional I – Lima
SEDE LEGAL E HISTÓRICA

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres

| | | |
|---------|------------------|------------------|
| | | |
| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno |

1.2 Fecha de Nacimiento

| | | | | | |
|----------|------|-----------|--|----------|--|
| | | Masculino | | Femenino | |
| dd/mm/aa | Edad | Sexo | | | |

1.3 Lugar de Nacimiento:

| | | |
|----------|-----------|--------------|
| | | |
| Distrito | Provincia | Departamento |

1.4 Documento de Identidad:

| | | | |
|--------|------|----------------|----------------|
| | | | |
| D.N.I. | L.M. | C. Extranjería | Otro(s): _____ |



1.5 Numero de R.U.C.: _____ 1.6 Correo Electrónico: _____

1.7 Domicilio donde radica o vive el postulante:

| | |
|-----------|----------|
| | |
| Dirección | Distrito |

1.8 Teléfono fijo: _____ 1.9 Teléfono celular: _____

1.10 Referencia de cómo llegar al domicilio familiar:

| |
|--|
| |
|--|

1.11 Estado Civil: _____ 1.12 Grupo Sanguíneo: _____

1.13 Nombres y apellidos del cónyuge: _____

1.14 Profesión / Ocupación: _____

1.15 Número de hijos:

1) 2) 3) 4) 5 o más)

1.16 Edad y fecha de nacimiento:

a) (...../...../.....)
b) (...../...../.....)
c) (...../...../.....)
d) (...../...../.....)
e)

II. DATOS ACADÉMICOS

2.1 Nombre de la Universidad donde obtuvo el título:

2.2 Tiempo de estudios de la carrera profesional:

2.3 Título profesional de:

2.4 Forma y fecha de obtención del título:

Tesis Fecha: ____ / ____ / ____
 Título: _____
 Caso Clínico Fecha: ____ / ____ / ____ Examen de Grado Fecha: ____ / ____ / ____
 Otro (especificar): _____

2.5 Áreas de especialización:

| | | | |
|-------------|-------------|----------|------------|
| Clinica | Educacional | Social | Industrial |
| Comunitaria | Deportiva | Jurídica | Otra |

2.6 Revalidación (para los que hubiesen estudiado en el extranjero):

Institución: _____
 Título obtenido: _____
 Lugar y fecha: _____
 Revalidación otorgada por: _____
 Lugar y fecha: _____

2.7 Maestría:

Maestría en: _____
 Mención: _____
 Universidad: _____
 Tiempo de estudios: _____ Fecha de obtención del grado: ____ / ____ / ____
 Título de tesis: _____

2.8 Doctorado:

Doctorado en: _____
 Mención: _____
 Universidad: _____
 Tiempo de estudios: _____ Fecha de obtención del grado: ____ / ____ / ____
 Título de tesis: _____

2.9 Maestrías y doctorados obtenidos por otros sistemas:

| | |
|---|---|
| a) Educación virtual con tesis | d) Examen de grado sin estudios regulares |
| b) Educación virtual sin tesis | e) Tesis sin estudios regulares |
| c) Examen de grado con estudios regulares | f) Otro (especificar): |

Maestría en: _____
 Maestría en: _____
 Doctorado en: _____
 Doctorado en: _____

| | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| Sistema | a) | b) | c) | d) | e) | f) |
| Sistema | a) | b) | c) | d) | e) | f) |
| Sistema | a) | b) | c) | d) | e) | f) |
| Sistema | a) | b) | c) | d) | e) | f) |

2.10 Idioma:

Idioma: _____ Tiempo de estudios: _____ Años: _____
 Centro de estudios: _____
 Certificado(s) obtenido(s): _____

2.11 Otros estudios:

a) Estudios de: _____
 Centro de estudios: _____
 Tiempo de estudios: _____ Años: _____
 Certificado obtenido: _____

b) Estudios de: _____
Centro de estudios: _____
Tiempo de estudios: _____ Años: _____
Certificado obtenido: _____

III. ACTIVIDAD PROFESIONAL

3.1

Ejerce

No Ejerce (pase al rubro IV)

3.2 Institución(es) para la(s) que trabaja:

a) Institución: _____

Sector: _____ Cargo que desempeña: _____

Tiempo de servicios: _____ años Dedicación: Parcial Completa

Dirección: _____

Teléfono: _____

b) Institución: _____

Sector: _____ Cargo que desempeña: _____

Tiempo de servicios: _____ años Dedicación: Parcial Completa

Dirección: _____

Teléfono: _____

3.3 Actividad particular (propia):

Consultorio

Instituto

Centro Educativo

Otra(especifique):

Nombre: _____

Tiempo de funcionamiento: _____ años Cargo que desempeña: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

IV. OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES (no psicológicas)

4.1

Centro de trabajo: _____

Cargo que desempeña: _____ Tiempo se servicio: _____ años

Dirección: _____ Teléfono: _____

V. NECESIDADES DE CAPACITACIÓN

5.1 Área(s) en la(s) que desearía recibir 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"/> Otra: _____ |

5.2 Temas (especifique)

VI. BIENESTAR

6.1 ¿Qué aspectos de bienestar personal, familiar y social desearía Ud. Que el colegio promoviera entre los miembros de la orden? (Especifique)

Atención médica Seguros Cooperativas Recreación Otros:

Especificar otros:

VII. FECHA DE RECEPCIÓN

Firma y post firma del Profesional

EL FEDATARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL I LIMA LUEGO DE LA REVISIÓN DE LA PRESENTE FICHA DE INSCRIPCIÓN DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE.

Jesús María ____ / ____ / ____

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

Jesús María ____ / ____ / ____

IX. OBSERVACIONES
