

Fondo de Solidaridad Profesional

SOLICITUD DE ADHESION

FONDO DE SOLIDARIDAD PROFESIONAL

FEDERACIÓN DE PSICÓLOGOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Por favor, imprimir, completar y enviar a Azcuénaga 767 – 3º Ofic. 33 (1029) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

1. DATOS PERSONALES

Apellido y nombre.....

Fecha de Nacimiento:...../...../.....Tipo y Nº Documento.....Nro.....

CUIT:.....

Domicilio particular.....

Localidad.....Provincia CP.....

Teléfono.....Correo electrónico.....

CBU de la Cuenta bancaria de la cual se debitará la cuota del Fondo de Solidaridad Profesional:

Banco.....CBU Nº..... (22 dígitos)

DNI del titular de la cuenta.....

Domicilio profesional: Aclarar Calle – Localidad – Provincia -CP – Piso -Depto/Oficina

1).....

2).....

.....

2. DATOS PROFESIONALES

Año de recibido..... /...../.....Universidad.....

Colegio de Psicólogos al que pertenece.....

Asociación a la que pertenece:

Nro. de matrícula¹:

Nro. de socio/afiliado²:.....

1 -Mencione cuáles son sus áreas de trabajo, en orden de tiempo que le dedica a cada una:

.....

.....

.....

¿Cuántas horas semanales dedica a su trabajo como psicólogo/a?.....

¿Su trabajo actual, es en relación de dependencia-autónomo-ambos? (tachar)

Describe el/los ámbitos de trabajo que tiene (consultorio privado, hospital, clínica, etc.).....

.....

.....

¹ En coincidencia con el/los domicilios profesionales consignados

² En coincidencia con el/los domicilios profesionales consignados

Fondo de Solidaridad Profesional

¿Trabaja Ud. asociado/a a otros profesionales? SI/NO ¿De qué profesión?.....

.....
.....

¿Posee total/parcialmente la dirección o administración de un servicio en hospital, clínica u otra institución de salud? SI/NO. Describa y detalle la misma en caso afirmativo:

.....
.....
.....

¿Tiene algún seguro de responsabilidad profesional? SI/NO Cuál?.....

.....

¿Existen reclamos o demandas pendientes en dicha cobertura? Detalle el/los motivos en caso afirmativo:

.....
.....

¿Ha tenido reclamos o denuncias por negligencias, error u omisión de su práctica profesional? SI/NO. Describa cuándo y por qué en caso afirmativo:.....

.....
.....

¿Conoce Ud. alguna circunstancia de su práctica profesional que pudiese derivar en reclamo en su contra? SI/NO Describa en caso afirmativo:.....

.....
.....
.....

Declaro que la información es completa y corresponde a la verdad.

Acompaño copia de la 1ª y 2ª hoja del DNI (frente y dorso), copia del comprobante del primer pago al Fondo, constancia de matriculación y/o asociación/afiliación (según corresponda³), y Declaración Jurada de Salud (SI/NO)

Fecha

Firma y aclaración.....

.....

³ Necesario para aquellas jurisdicciones en que la matrícula no la regula el Colegio de Psicólogos