



Colegio de Psicólogos de la  
Provincia de Buenos Aires  
Distrito \_\_\_\_\_

**Solicitud de Inscripción en el Distrito**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Sr./a. Presidente del  
Colegio de Psicólogos de la  
Provincia de Buenos Aires  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Por la presente solicito me inscriba en el Libro de Inscripciones en calidad de psicólogo actuante en este Distrito, conforme al Art. 9 del Reglamento de Matriculación para ejercer mis actividades como \_\_\_\_\_ y en los términos establecidos en la Ley 10.306. –  
(Título mayor Universitario)

Declaro tener conocimiento expreso de mis derechos y obligaciones consignados en el mencionado texto legal, así como de la reglamentación correspondiente, no estando alcanzado por las inhabiliciones e incompatibilidades consignadas en dicha Ley.

Asimismo, informo que mi Distrito Base es el \_\_\_\_\_

Adjunto la documentación requerida para concretar el trámite de inscripción.

Saludo atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma

**DATOS PERSONALES:**

ANTES DE COMPLETARLOS, LEER AL DORSO

Apellido/s: .....  
Nombre/s: .....  
Fecha de Nacimiento:.....Sexo:.....  
Nacionalidad:..... Lugar de Nacimiento:..... Pcia. De:.....  
Documento de Identidad (DNI – LC – LE – CI):.....  
Nº de Matrícula :..... Distrito Base:.....  
Domicilio Real:.....  
Localidad:..... C.P.:.....  
TE.:..... E-Mail:.....  
Domicilio Profesional:..... TE.:.....  
Localidad:..... C.P.:.....  
Domicilio Profesional:..... TE.:.....  
Localidad:..... C.P.:.....  
Domicilio Profesional:..... TE.:.....  
Localidad:..... C.P.:.....  
Título:..... Universidad:.....  
Fecha de Expedición de título: ...../...../.....Fecha de terminación de estudios: ...../...../.....  
Otros Títulos profesionales de Grado y/o Post-Grado:.....  
Observaciones:.....

**Estimado/a colega:**

La presente solicitud debe ser llenada a mano (con letra de imprenta) o a máquina, consignando todos los datos del modo más claro y fidedigno posible.

**Reviste de carácter de Declaración Jurada.**

Tenga en cuenta, para su llenado las siguientes aclaraciones:

1. Las mujeres serán registradas por su apellido de soltera. Si indican su apellido de casada, lo harán siguiendo el de soltera y precedido por la preposición “de”.
2. Consignar claramente el número y el tipo de Documento de Identidad.
3. Domicilio profesional: indicar todos los lugares en los que ejercerá la profesión en la Provincia de Buenos Aires, correspondientes a este Distrito. Se indicará, asimismo, si se trata de consultorio particular, escuela, clínica, hospital, etc., con aclaración del domicilio y teléfono que correspondan, para cada uno.
4. Se hará constar como Título Mayor Universitario, el nombre completo que figura en el mismo: Psicólogo/a o Licenciado/a en Psicología

\_\_\_\_\_  
Firma del Matriculado

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO**

El Consejo Directivo, en sesión del día.....de.....de 20....., resuelve aprobar la presente solicitud de inscripción en el Libro de Inscripción como profesional psicólogo con actividad en el Distrito.

\_\_\_\_\_  
Secretario General

\_\_\_\_\_  
Presidente

MAT N°.....
DIST.:.....
TOMO.....
FOLIO.....
FECHA.....