

Fecha de Incorporación

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Colegiatura N°



# Colegio de Psicólogos del Perú

## Consejo Directivo Regional I - Lima

### 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:

( ) Clínica

( ) Comunitaria

( ) Educacional

( ) Deportiva

( ) Social

( ) Jurídica

( ) Industrial

( ) Organizacional

( ) 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**

---

---