



**CERTIFICACION DE LA PRACTICA CLINICA.
AMBITO PRIVADO – CONSULTORIO PARTICULAR**

Psicólogos/as que tengan 5 años o más de graduados/as (considerando la fecha de emisión del título y la fecha de la presente), **acrediten 3 años o más de ejercicio de la práctica clínica** de manera continua e ininterrumpida y **desarrollan su actividad en el ámbito privado, consultorio particular.**

Solicito se considere el presente a solo efecto de iniciar el proceso de evaluación para la Certificación como especialista en Psicología clínica.

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 de del año, hasta la actualidad y continuo, cumpliendo con un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por año calendario.

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

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

Lic. MN.....
Documento Nacional de Identidad N°..... CUIT/CUIL

Buenos Aires, de.....del

.....
Firma y sello del solicitante
MN

.....
Firma y sello del aval
MN.....