



**CERTIFICACION DE LA PRACTICA CLINICA.
AMBITO PUBLICO E INSTITUCIONES PRIVADAS**

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 público o en institución privada.**

El / la lic Documento Nacional de Identidad
N°..... CUIT/CUIL ha mantenido una antigüedad
comprobada e ininterrumpida desde el día.....del mes de del
año.....hasta el día del mes de del año
cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días
por año calendario, dentro del Servicio de en el
efector.....

Se extiende el presente a pedido del interesado/a para ser presentado ante la entidad
certificante APBA -Asociación de Psicólogas y Psicólogos de Buenos Aires- al solo efecto de
iniciar el trámite de certificación de especialista en Psicología clínica, en Buenos Aires, a los
..... días del mes de..... del año

.....

Firma y Sello Aclaración

(Jefe/a del Servicio)

.....

Firma y sello del Director/a

.....

Selo de la Institución

.....

Firma y sello del/la solicitante