



**SOLICITUD DE INSCRIPCION AL SERVICIO DE
ASISTENCIA A LA COMUNIDAD**

Psico SAC

San Isidro,

Apellido y Nombre

Domicilio Profesional

Localidad

Teléfono

Matrícula N°

CUIT

Correo Electrónico:

Nº Habilitación de Consultorio:

Consultorio accesible para personas con movilidad reducida SI - NO

Dejando para la presente INSCRIPCIÓN / REINSCRIPCIÓN la constancia de Inscripción de AFIP,
Constancia de Inscripción en Ingresos Brutos y condición frente al IVA.

Áreas de atención

(Marcar las prácticas con una X)

1. Terapia individual
 - Niños
 - Adolescentes
 - Adultos
 - Adultos mayores
2. Terapia de pareja
3. Terapia familiar
4. Terapia grupal
5. Orientación a padres
6. Atención a domicilio
7. Evaluación psicodiagnóstica
8. Evaluación psicodiagnóstica con test de Rorschach
9. Evaluación Neurocognitiva
10. Orientación vocacional
11. Acompañamiento en adopción
12. Especializaciones y formación complementaria
(Indicar especialidad/es, certificaciones, cursos de posgrado u otras formaciones relevantes)

En un todo conforme con el Reglamento Interno del Profesional Prestador del PSICO que obra en mi poder, firmo y me comprometo a cumplir.

Firma

Aclaración de firma