



Nombre y apellidos:

Dirección postal:

Telfs:

E-mail:

Nº Colegiación:

SOLICITA:

Su incorporación a la Comisión de Psicología Clínica y de la Salud de la provincia de _____. Para tal fin expone que reúne los requisitos y adjunta documentación que los acredita, a saber:

- ✓ Formación relacionada con la Psicología Clínica y de la Salud.
- ✓ Desempeño profesional relacionado con Psicología Clínica y de la Salud (no imprescindible).
- ✓ Compromiso de aceptación de los "Criterios para pertenecer a la Comisión de Psicología Clínica y de la Salud".

Fdo: _____

En _____ a _____ de _____ de _____