**ANEXO**

**Modelo de solicitud**

DATOS PERSONALES

|  |
| --- |
| Apellidos………………………………………………………………………………Nombre……………………………………….Fecha de nacimiento………………………………………………..Nacionalidad……………………………………………N.I.F………………………………………………………………Domicilio…………………………………………………………………………………………………………………………………….Ciudad………………………………………………………………………Código postal………………………………………….Provincia…………………………………………………………………..Teléfono…………………………………………………Correo electrónico……………………………………………………………………………………………………………………. |

DATOS ACADÉMICOS

|  |
| --- |
| Titulación…………………………………………….Universidad…………………………………………………………………Año inicio titulación…………………………….Año final titulación…………………………………………………….Especialidad………………………………………………………………………………………………………………………………Posee el Master en Psicología General Sanitaria: Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_Posee la habilitación para el ejercicio de la Psicología Sanitaria: Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_Otros títulos universitarios………………………………………………………………………………………………………. |

DATOS LABORALES

|  |
| --- |
| Trabaja: Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ Trabajo actual……………………………………………………………………………………………………………………………Empresa…………………………………………………………………………………………………………………………………….Puesto……………………………………………………………………………………………………………………………………….Teléfono……………………………………………………………………………………………………………………………………Dedicación en horas………………………………………………………………………………………………………………… |

1. EXPEDIENTE ACADÉMICO

|  |
| --- |
| **Calificaciones de las asignaturas del grado en Psicología**:MH……………..SB……………NB……………AP………………..SS……………. Puntuación media:(Valores para realizar la media: MH: 4, SB: 3, NB: 2, AP: 1, SS: 0Master Nombre Universidad AñoNombre Universidad AñoNombre Universidad AñoCursos de DoctoradoPrograma AñosDepartamento UniversidadCurso Créditos Curso CréditosCurso CréditosCurso CréditosCurso CréditosCurso CréditosTesisTítuloDirectorUniversidad Año Calificación |

1. EXPERIENCIA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
2. CURSOS Y SEMINARIOS RECIBIDOS (solo los que superen 8 horas lectivas)

|  |
| --- |
| Reseñar: Nombre, organizador y duración de cada curso o seminario: |

1. ASISTENCIA A CONGRESOS
2. PONENCIAS A CONGRESOS Y CURSOS Y SEMINARIOS IMPARTIDOS
3. PERTENENCIA A COLEGIOS PROFESIONALES Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES

|  |
| --- |
| Nº de colegiado COP………………………………………………Delegación del COP…………………………………..Fecha de colegiación…………………………………………………………………………………………………………………Pertenencia a sociedades: |

1. PUBLICACIONES
2. IDIOMAS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Lee | Habla | Escribe |
| Inglés |  |  |  |
| Francés |  |  |  |
| Alemán |  |  |  |
| Otros: |  |  |  |

1. OTROS MÉRITOS

Selección de turno de actividad:

 Mañana Tarde Indistintamente mañana y/o tarde

El abajo firmante se responsabiliza de la veracidad de los datos reseñados más arriba y acepta las normas de la presente convocatoria.

En……………………………………………………………a…………de…………………………………………….de…2023

Firma,