**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: 0  Master  Nombre Universidad Año  Nombre Universidad Año  Nombre Universidad Año  Cursos de Doctorado  Programa Años  Departamento Universidad  Curso Créditos  Curso Créditos  Curso Créditos  Curso Créditos  Curso Créditos  Curso Créditos  Tesis  Título  Director  Universidad 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,