

FEDERACION DE PSICOLOGOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA  
FONDO DE SOLIDARIDAD PROFESIONAL

Quien suscribe el presente, Lic.....

DNI Nro....., Adherente Nro....., solicito la baja a mi  
inclusión en el sistema del Fondo a partir del...../...../....., debido a.....

.....  
.....

1. Qué otra compañía de seguros va a contratar?.....

2. Dicha compañía le otorga otros beneficios además de la cobertura por  
responsabilidad contractual' SI/NO

3. Cuáles?.....

.....  
.....

4. Usted cree que es importante fortalecer el colectivo profesional de psicólogos en el  
país? SI/NO

5. Por qué?.....

.....  
.....

-----  
Firma y aclaración

Favor imprimir, completar y enviar con firma y aclaración por fax al 4954-6322 o  
escaneado a la dirección [frp.fepraorg@gmail.com](mailto:frp.fepraorg@gmail.com)