



**CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD Y CAPACITACIÓN EN LA ESPECIALIDAD**

**Por Cláusula de excepción para Psicólogos/as de los subsistemas, público, privado y seguridad social (no GCABA)**

El/la abajo firmante, Dr., Dra/ Lic. ....  
..... MN.....Coordinador/ra, Jefe/a del Servicio, Departamento, A cargo y/o responsable del área de Salud Mental de ..... dependiente de.....

CERTIFICA que el/la Lic.....  
Documento Nacional de Identidad N°..... CUIT/CUIL ..... ha mantenido una antigüedad comprobada prestando servicios asistenciales como Psicólogo/a desde el día ..... del mes de ..... del año ....., hasta el día ..... del mes de ..... del año..... cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por años calendario.

.....  
Firma y Sello

El que suscribe Dr/a, Lic. ....  
Director/a, /Director técnico de .....  
Avala con su conformidad la Certificación precedentemente suscripta, por el/la Coordinador/ra, Jefe/a del Servicio, Departamento, a cargo y/o responsable del área de Salud Mental de el/la Lic. ....  
Se extiende el presente a pedido del interesado para ser presentado ante quien corresponda, en Buenos Aires, a los ..... días del mes de ..... del año .....

.....  
Firma y sello del Director/a – Director técnico

Sello del establecimiento asistencial, Servicio y/o prestador de salud



El abajo firmante Lic. ....  
Documento Nacional de Identidad N°..... CUIT/CUIL  
..... Declaro haber desarrollado la práctica  
clínica como Psicólogo/a de manera ininterrumpida los últimos 5  
años en ..... según certifican las firmas  
precedentes.

Adjunto en CV las certificaciones correspondientes a las 600 hs de  
capacitación en la especialidad solicitada, de los últimos 5 años,  
según se requiere en el Art 3 de la Resolución MS N° 2282/22.

.....

Firma del/la solicitante



**CERTIFICADO DE ANTIGÜEDAD EN LA ESPECIALIDAD**

**Para certificación con examen.**

**Psicólogos/as con Concurrencia completa.**

**Psicólogos/as de los subsistemas, público, privado y seguridad social**

El/la abajo firmante, Dr., Dra/ Lic. ....  
..... MN.....Coordinador/ra, Jefe/a del  
Servicio, Departamento, A cargo y/o responsable del área de Salud  
Mental de ..... dependiente  
de.....

CERTIFICA que el/la Lic.....  
Documento Nacional de Identidad N°..... CUIT/CUIL  
..... ha mantenido una antigüedad comprobada  
prestando servicios asistenciales como Psicólogo/a desde el día  
..... del mes de ..... del año ....., hasta el día .....  
del mes de ..... del año.....  
cumplimentando un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200  
(DOSCIENTOS) días por años calendario.

.....  
Firma y Sello

El que suscribe Dr/a, Lic. ....  
Director/a, /Director técnico de .....  
Avala con su conformidad la Certificación precedentemente  
suscripta, por el/la Coordinador/ra, Jefe/a del Servicio,  
Departamento, a cargo y/o responsable del área de Salud Mental de  
el/la Lic. ....

Se extiende el presente a pedido del interesado para ser  
presentado ante quien corresponda, en Buenos Aires, a los  
..... días del mes de  
..... del año .....

.....  
Firma y sello del Director/a – Director técnico

Sello del establecimiento asistencial, Servicio y/o prestador de salud



Completar si ha desarrollado y completado el Programa de Concurrencia en Psicología Clínica en Servicio, Efector y/o Establecimiento de salud.

El abajo firmante Lic. ....  
Documento Nacional de Identidad N°..... CUIT/CUIL  
..... declaro haber completado la Concurrencia  
en Psicología clínica, iniciada en el año ..... y finalizada en el año  
....., cumplimentando el Programa de capacitación en Servicio  
en la sede ..... del establecimiento asistencial .....  
según acredita el certificado que se adjunta.

.....

Firma del/la solicitante