



## CERTIFICACION DE LA PRACTICA CLINICA OBRAS SOCIALES Y EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGA

Para certificación con examen.

**Psicólogos/as que tengan entre 5 y 10 años de graduados/as** (considerando la fecha de emisión del título y la fecha de la presente), **acrediten 3 años o más de ejercicio en la práctica clínica** de manera continua e ininterrumpida y **desarrollan su actividad en los ámbitos de la seguridad social, obras sociales y prepagas.**

El/la Lic ..... Documento Nacional de Identidad N°..... CUIT/CUIL ..... es prestador profesional en ..... y ejerce su profesión liberal de manera independiente como Psicólogo/a en el ámbito clínico desde el día ..... del mes de ..... del año ....., hasta la actualidad y continúa, con un mínimo de 20 (VEINTE) horas semanales y 200 (DOSCIENTOS) días por año calendario.

Se extiende el presente a pedido del interesado/a para ser presentado ante la entidad certificante APBA - Asociación de psicólogas y Psicólogos de Buenos Aires -, a solo efecto de iniciar el trámite de certificación de especialista en Psicología clínica, en Buenos Aires, a los ..... días del mes de ..... del año .....

.....  
Firma y Sello .....  
(Coordinador/a, Jefe/a del Servicio, Departamento, Área de Salud mental) Aclaración

.....  
Firma y sello del Director/a ..... Sello de la Institución

.....  
Firma y sello del/la solicitante