



Colegio de Psicólogos de la  
Provincia de Buenos Aires  
Distrito \_\_\_\_\_

# Reglamento de Matriculación **ANEXO X**

## Solicitud de Rehabilitación de Matrícula

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Sr./a. Presidente del  
Colegio de Psicólogos de la  
Provincia de Buenos Aires  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

Por la presente solicito la rehabilitación de la matrícula N° \_\_\_\_\_.

Saludo atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma

### DATOS PERSONALES:

**ANTES DE COMPLETARLOS, LEER AL DORSO**

Apellido/s: .....Nombre/s:.....  
 Fecha de Nacimiento:.....Sexo:.....  
 Nacionalidad:..... Lugar de Nacimiento:.....  
 Pcia. de:.....  
 Documento de Identidad (DNI – LC – LE – CI):.....  
 N° de Matrícula :..... Distrito de Origen:.....  
 Domicilio Real:.....  
 Localidad:.....C.P.:.....  
 TE.:..... E-Mail:.....  
 Domicilio Profesional:..... TE :.....  
 Localidad:.....C.P.:.....  
 Domicilio Profesional:..... TE :.....  
 Localidad:.....C.P.:.....  
 Domicilio Profesional:..... TE :.....  
 Localidad:.....C.P.:.....  
 Título:.....Universidad:.....  
 Fecha de Expedición de título: ...../...../.....Terminación de estudios: ...../...../.....  
 Fecha de inicio de actividad profesional en la Provincia: ...../...../.....  
 Otros Títulos Profesionales de Grado y/o Post-Grado:.....  
 Observaciones:.....

**Estimado/a colega:**

La presente solicitud debe ser llenada a mano (con letra de imprenta) o a máquina, consignando todos los datos del modo más claro y fidedigno posible.

**Reviste el carácter de Declaración Jurada.**

Tenga en cuenta, para su llenado las siguientes aclaraciones:

1. Las mujeres serán registradas por su apellido de soltera. Si indican su apellido de casada, lo harán siguiendo el de soltera y precedido por la preposición “de”.
2. Consignar claramente el número y el tipo de Documento de Identidad.
3. Domicilio profesional: indicar todos los lugares en los que ejercerá la profesión en la Provincia de Buenos Aires, correspondientes a este Distrito. Se indicará, asimismo, si se trata de consultorio particular, escuela, clínica, hospital, etc., con aclaración del domicilio y teléfono que correspondan, para cada uno.
4. Se hará constar como Título Universitario, el nombre completo que figura en el mismo: Psicólogo/a o Licenciado/a en Psicología

\_\_\_\_\_  
Firma

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO**

El Consejo Directivo, en sesión del día.....de.....de 20....., resuelve aprobar la presente solicitud de rehabilitación de la matrícula.

\_\_\_\_\_  
Secretario General

\_\_\_\_\_  
Presidente

La presente rehabilitación se comunicará al Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, los Colegios de Psicólogos de Distrito y al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Fecha: ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Secretario General

\_\_\_\_\_  
Presidente