

SOLICITUD DE HABILITACIÓN

(Debe ser cumplimentado en letra imprenta)

1) Nombre y Apellido del/la profesional:

2) Denominación: Consultorio___ Centro___ Instituto___
Servicio Médico Permanente___ Otros (especificación)_____
(marcar con una X el casillero que corresponda)

3) Domicilio:

Calle.....N°.....Departamento.....
Tel. Localidad.....C. P.....

4) CONSULTORIOS

Cantidad total de consultorios:

Otras actividades que se realizan en el Establecimiento:

| PROFESIONAL | CATEGORIA | ESPECIALIDAD |
|-------------|-----------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5) Posee placa identificatoria: SI..... NO.....

6) Posee Título en Sala de Espera: SI..... NO.....

7) El espacio físico donde se realiza la actividad profesional cumple con los requisitos establecidos en el **REGLAMENTO DE HABILITACIÓN DE CONSULTORIOS** (consultorio, sala de espera, sanitario) SI..... NO.....

8) Al menos un consultorio cumple con las condiciones de accesibilidad que rigen a partir del 1 de marzo de 2023. SI..... NO.....

9) Da de baja a algún consultorio habilitado anteriormente: SI..... NO.....

En caso afirmativo detalle domicilio/s: _____

10) Los datos contenidos en la presente solicitud tienen carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, haciéndose responsable el/la profesional que firma al pie de esta, tomando conocimiento de las exigencias establecidas por la Habilitación y Fiscalización del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de La Pampa.

FECHA:

FIRMA Y SELLO DEL/LA PROFESIONAL.....