

**CERTIFICADO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA**

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido y Nombre:

DNI:

Teléfono:

M.P.:

Domicilio del Consultorio:

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido y Nombre:

DNI:

Edad:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

**MOTIVO DE CERTIFICACIÓN DE APTITUD PSICOLÓGICA**

**DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL**

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN**

**EVALUACIÓN INTEGRAL**

El profesional evaluado es psicológicamente apto para ejercer la profesión de Psicólogo/a en el ámbito de la docencia: SI ..... NO .....

\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Lugar y fecha de expedición

- El certificado debe venir con firma, sello del profesional y fecha.