



**Colegio de Psicólogos del Perú**  
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

(ANEXO Nº 01)

Fecha:

Solicita: **INSCRIPCIÓN EN EL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ**

Señor  
DECANO(A) NACIONAL  
Colegio de Psicólogos del Perú  
Jr. Mateo Pumacahua Nº 936, Jesús María  
Lima.-

Señor Decano:

Yo,   
identificado(a) con D.N.I.  y domiciliado(a) en   
 Distrito:   
Provincia  Departamento:

Ante usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo concluido satisfactoriamente mis estudios de Psicología en la Universidad   
 y habiendo obtenido el Título de  
Licenciado(a), expreso a usted mi voluntad de ser miembro del Colegio de Psicólogos del Perú, a través de  
mi correspondiente incorporación al Consejo Directivo Regional  solicito a su digno  
Consejo se sirva aceptar mi inscripción en el Registro de Matrículas de la Orden.

Para tal efecto, acompaño la respectiva ficha de inscripción, los documentos estipulados en la Resolución  
Nº 218-2023-CDN-C.Ps.P., así como el comprobante de pago del derecho de postulación establecido,  
refrendando con la presente Declaración Jurada que los documentos que presento son auténticos,  
quedando el Consejo Directivo Nacional autorizado para proceder a la verificación que sea pertinente.

POR LO TANTO:

Solicito a usted ordenar a quien corresponda cumpla con mi solicitud por ser de justicia.

Atentamente,

---

(firma del solicitante)

FECHA DE INCORPORACIÓN  
...../...../.....

CONSEJO DIRECTIVO REGIONAL  
.....

COLEGIATURA N°  
.....



**Colegio de Psicólogos del Perú**  
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL  
2024 - 2027

FOTO

## I - DATOS GENERALES

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

LUGAR DE NACIMIENTO

| DISTRITO             | PROVINCIA            | DEPARTAMENTO         |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

FECHA DE NACIMIENTO

| DÍA                  | MES                  | AÑO                  |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

| D.N.I.               | R.U.C.               | PASAPORTE            | BREVETE              |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DOMICILIO

| AV., CALLE, JIRÓN, PASAJE | NÚMERO               | URBANIZACIÓN         | CÓDIGO POSTAL        |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

TELÉFONOS

| CELULAR 1            | CELULAR 2            | FIJO                 |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

CORREO ELECTRÓNICO

| CORREO 1             |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CORREO 2             | <input type="text"/> |

ESTADO CIVIL

GRUPO SANGUINEO

FACTOR

NOMBRE DEL ESPOSO(A)

PROFESIÓN / OCUPACIÓN

| N° DE HIJO           | NOMBRES Y APELLIDOS  | SEXO                 | EDAD                 | ESTADO CIVIL         |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## II - DATOS ACADÉMICOS

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA | TÍTULO OBTENIDO |
|                            |                 |

|                                      |                                                          |        |       |       |  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|-------|-------|--|
| FORMA Y FECHA DE OBTENCIÓN DE TÍTULO |                                                          | TÍTULO |       |       |  |
| TESIS                                | <table><tr><td></td><td>FECHA</td><td></td></tr></table> |        |       | FECHA |  |
|                                      | FECHA                                                    |        |       |       |  |
| CASO CLÍNICO                         | <table><tr><td></td><td>FECHA</td><td></td></tr></table> |        |       | FECHA |  |
|                                      | FECHA                                                    |        |       |       |  |
| EXAMEN DE GRADO                      | <table><tr><td></td><td>FECHA</td><td></td></tr></table> |        | FECHA |       |  |
|                                      | FECHA                                                    |        |       |       |  |
| OTRO (INDICAR)                       |                                                          |        |       |       |  |

|                          |  |                |  |
|--------------------------|--|----------------|--|
| ÁREAS DE ESPECIALIZACIÓN |  |                |  |
| CLÍNICA                  |  | EDUCACIONAL    |  |
| COMUNITARIA              |  | DEPORTIVA      |  |
|                          |  | SOCIAL         |  |
|                          |  | JURÍDICA       |  |
|                          |  | ORGANIZACIONAL |  |
|                          |  | OTRA           |  |

|                                                                 |  |       |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------|--|
| REVALIDACIÓN (Para los que hubiesen estudiado en el extranjero) |  |       |  |
| INSTITUCIÓN                                                     |  |       |  |
| TÍTULO OBTENIDO                                                 |  |       |  |
| LUGAR                                                           |  | FECHA |  |
| REVALIDACIÓN OTORGADO POR                                       |  |       |  |
| LUGAR                                                           |  | FECHA |  |

|                   |  |                              |  |
|-------------------|--|------------------------------|--|
| MAESTRÍA          |  |                              |  |
| MAESTRÍA EN       |  |                              |  |
| MENCIÓN           |  | UNIVERSIDAD                  |  |
| TIEMPO DE ESTUDIO |  | FECHA DE OBTENCIÓN DEL GRADO |  |
| TÍTULO DE TESIS   |  |                              |  |

|                   |  |                              |  |
|-------------------|--|------------------------------|--|
| DOCTORADO         |  |                              |  |
| MAESTRÍA EN       |  |                              |  |
| MENCIÓN           |  | UNIVERSIDAD                  |  |
| TIEMPO DE ESTUDIO |  | FECHA DE OBTENCIÓN DEL GRADO |  |
| TÍTULO DE TESIS   |  |                              |  |

|                   |  |                      |  |
|-------------------|--|----------------------|--|
| IDIOMA            |  | CENTRO DE ESTUDIOS   |  |
|                   |  |                      |  |
| TIEMPO DE ESTUDIO |  | CERTIFICADO OBTENIDO |  |

|                   |  |                      |  |
|-------------------|--|----------------------|--|
| OTROS ESTUDIOS    |  |                      |  |
| ESTUDIO DE        |  | CENTRO DE ESTUDIOS   |  |
|                   |  |                      |  |
| TIEMPO DE ESTUDIO |  | CERTIFICADO OBTENIDO |  |
| ESTUDIO DE        |  | CENTRO DE ESTUDIOS   |  |
|                   |  |                      |  |
| TIEMPO DE ESTUDIO |  | CERTIFICADO OBTENIDO |  |

### III - ACTIVIDAD PROFESIONAL

EJERCE  
NO EJERCE

☐  
☐

#### INSTITUCIÓN(ES) PARA LA(S) QUE TRABAJA

|                     |  |  |  |                    |   |         |          |
|---------------------|--|--|--|--------------------|---|---------|----------|
| INSTITUCIÓN         |  |  |  | SECTOR             |   |         |          |
| CARGO QUE DESEMPEÑA |  |  |  | TIEMPO DE SERVICIO | - | PARCIAL | COMPLETA |
| TIEMPO DE SERVICIO  |  |  |  | DIRECCIÓN          |   |         |          |
| TELÉFONO            |  |  |  | NOTA               |   |         |          |

  

|                     |  |  |  |                    |   |         |          |
|---------------------|--|--|--|--------------------|---|---------|----------|
| INSTITUCIÓN         |  |  |  | SECTOR             |   |         |          |
| CARGO QUE DESEMPEÑA |  |  |  | TIEMPO DE SERVICIO | - | PARCIAL | COMPLETA |
| TIEMPO DE SERVICIO  |  |  |  | DIRECCIÓN          |   |         |          |
| TELÉFONO            |  |  |  | NOTA               |   |         |          |

#### ACTIVIDAD PARTICULAR

|                     |                          |           |                          |                  |                          |  |
|---------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------|--------------------------|--|
| CONSULTORIO         | <input type="checkbox"/> | INSTITUTO | <input type="checkbox"/> | CENTRO EDUCATIVO | <input type="checkbox"/> |  |
| OTRO                |                          |           |                          |                  | TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO |  |
| CARGO QUE DESEMPEÑA |                          |           |                          |                  | DIRECCIÓN                |  |
| TELÉFONO            |                          |           |                          |                  |                          |  |

  

|                     |                          |           |                          |                  |                          |  |
|---------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------|--------------------------|--|
| CONSULTORIO         | <input type="checkbox"/> | INSTITUTO | <input type="checkbox"/> | CENTRO EDUCATIVO | <input type="checkbox"/> |  |
| OTRO                |                          |           |                          |                  | TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO |  |
| CARGO QUE DESEMPEÑA |                          |           |                          |                  | DIRECCIÓN                |  |
| TELÉFONO            |                          |           |                          |                  |                          |  |

### IV - OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES - NO PSICOLÓGICAS

|                     |                          |           |                          |                  |                          |  |
|---------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------|--------------------------|--|
| CONSULTORIO         | <input type="checkbox"/> | INSTITUTO | <input type="checkbox"/> | CENTRO EDUCATIVO | <input type="checkbox"/> |  |
| OTRO                |                          |           |                          |                  | TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO |  |
| CARGO QUE DESEMPEÑA |                          |           |                          |                  | DIRECCIÓN                |  |
| TELÉFONO            |                          |           |                          |                  |                          |  |

  

|                     |                          |           |                          |                  |                          |  |
|---------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------------|--------------------------|--|
| CONSULTORIO         | <input type="checkbox"/> | INSTITUTO | <input type="checkbox"/> | CENTRO EDUCATIVO | <input type="checkbox"/> |  |
| OTRO                |                          |           |                          |                  | TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO |  |
| CARGO QUE DESEMPEÑA |                          |           |                          |                  | DIRECCIÓN                |  |
| TELÉFONO            |                          |           |                          |                  |                          |  |

### V - NECESIDAD DE CAPACITACIÓN

ÁREA(S) EN LA QUE DESEARÍA RECIBIR UNA CAPACITACIÓN

|                                     |                                         |                                      |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA    | <input type="checkbox"/> COMUNITARIA    | <input type="checkbox"/> EDUCACIONAL |
| <input type="checkbox"/> DEPORTIVA  | <input type="checkbox"/> SOCIAL         | <input type="checkbox"/> JURÍDICA    |
| <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL | <input type="checkbox"/> ORGANIZACIONAL | <input type="checkbox"/> OTRO        |

TEMAS

|    |  |
|----|--|
| 1- |  |
| 2- |  |

## VI - BIENESTAR

¿QUE ASPECTOS DE BIENESTAR PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL DESEARÍA USTED QUE EL COLEGIO PROMOVIERA ENTRE LOS MIEMBROS

DE LA ORDEN?

☐  
☐

ATENCIÓN MÉDICA

SEGUROS

☐  
☐

COOPERATIVAS

RECREACIÓN

☐

OTROS

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento al Colegio de Psicólogos del Perú, a efectos del vigente del proceso de incorporación, encontrándome en conocimiento de las sanciones aplicables en caso de constatare falso testimonio.

## VII - FICHA DE RECEPCIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL

\_\_\_\_\_  
RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO

EL DECANO(A) DEL CDR  QUE SUSCRIBE, LUEGO DE LA REVISIÓN DE LA PRESENTE FICHA DE INSCRIPCIÓN  
, DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE.

FECHA

\_\_\_\_\_  
DECANO(A) REGIONAL

## VIII. EL DECANO(A) DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL QUE SUSCRIBE DECLARA CONFORME LA SOLICITUD DEL RECURRENTE

JESÚS MARÍA

...../...../.....

\_\_\_\_\_  
DECANO(A) NACIONAL

## IX. OBSERVACIONES

.....

.....

.....