

MODELO DE SOLICITUDE

ACREDITACIÓN PARA O EXERCICIO DE ACTIVIDADES SANITARIAS

Don/Dona

D.N.I. nº N° de colexiado/a

Enderezo

Localidade e C.P. Provincia

Teléfono E-mail

EXPÓN:

Que reúne os requisitos esixidos para a acreditación para o exercicio de actividades sanitarias, e polo tanto

SOLICITA:

Que, á vista da documentación aportada, se lle expida a acreditación para o exercicio de actividades sanitarias. Para tal fin aporto o seguinte:

- Xustificación** de ter superado os estudos de grado/licenciatura, seguindo un itinerario curricular cualificado pola súa vinculación coa área docente de Personalidade, Avaliación e Tratamento Psicolóxicos, ou coa Psicoloxía Clínica e da Saúde.
- Xustificación** de ter adquirido unha formación complementaria de posgrado non inferior a 400 horas (ou o seu equivalente en créditos europeos), das que ao menos 100, terán carácter práctico, vinculada á área docente de Personalidade, Avaliación e Tratamento Psicolóxicos, ou coa Psicoloxía Clínica e da Saúde.

Asdo.:

En, a de de