

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN
DEL LEGAJO DE COLEGIATURA**



San Carlos de Bariloche,..... /...../.....

Por medio de la presente, solicito la actualización de mi legajo de colegiatura.

Sugerimos utilizar nuestro servicio T.A.D. (Trámites a Distancia). Para ello deberá imprimir esta solicitud, completarla, firmar, escanear y luego enviarla junto con la documentación a la secretaría administrativa: colpsizonandina@gmail.com

(Si quiere informar únicamente cambios en teléfonos, domicilios o correo electrónico deberá imprimir, firmar y enviar sólo la página 1)

Apellidos:

Nombres:

Domicilio Particular:

Domicilio Profesional:

Tel. Particular: Tel. Profesional:

DNI N°..... Fecha de Nacimiento: /..... /.....

Matrícula N°: Vencimiento: /..... /.....

CUIL/CUIT: /..... /..... N° I.I.B.B.:

C.B.U.: _ _ _ _ _ (Para el cobro de la cuota)

Correo Electrónico:.....

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN
DEL LEGAJO DE COLEGIATURA**



DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- ☐ Título Universitario: copia certificada del Título por escribano público, juez de paz o puede traer el original y una fotocopia simple.
- ☐ Analítico de Materias: copia certificada del analítico ante escribano público, juez de paz o traer el original y fotocopia simple.
- ☐ D.N.I.: copia certificada del documento ante escribano público, juez de paz o traer el original y fotocopia simple. En su defecto, deberá traer original y fotocopia simple de certificado de domicilio. En el D.N.I. debe constar domicilio actualizado en la Zona Andina de la Provincia de Río Negro.
- ☐ Matrícula Profesional: copia simple de la matrícula vigente. (En caso de estar vencida deberá tramitar la renovación en la oficina de fiscalización sanitaria de la zona andina ([instructivo](#))).
- ☐ Curriculum Vitae.
- ☐ 1 (una) foto color 4x4.
- ☐ Habilitación de Consultorio, en caso de tenerla. (No excluyente)
- ☐ En caso de trabajar en relación de dependencia, debe adjuntar certificado de la institución / empleador en el que conste el tipo de vínculo y cargo en ejercicio. En este caso, si no ejerciera paralelamente en forma independiente, no se requerirán los siguientes 2 requisitos.
- ☐ A.F.I.P.: [constancia de inscripción](#) (Monotributo, Responsable Inscripto o Responsable No Inscripto) con domicilio en la zona andina de la provincia de Río Negro.
- ☐ Ingresos Brutos: [constancia de Inscripción](#) a la Agencia de Recaudación Tributaria de la Provincia de Río Negro.

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN
DEL LEGAJO DE COLEGIATURA**



DECLARACIÓN JURADA

Por medio de la presente declaro bajo juramento que los datos consignados y los documentos presentados para colegiarme son verdaderos y corresponden a mi persona. A su vez dejo constancia:

1) De haber leído y comprendido el [Estatuto del Colegio](#) de Psicólogas y Psicólogos de la Zona Andina así como su [Código de Ética](#), ateniéndome a las disposiciones que se encuentran en las mismas.

2) De mi aceptación de ser notificado fehacientemente a través de mi domicilio profesional y/o mi domicilio electrónico

3) De mi responsabilidad de:

- a) Informar a la brevedad de cualquier cambio en los datos aquí declarados.
- b) Renovar la Matrícula Provincial cada 5 años.
- c) Realizar el pago mensual de la cuota de colegiatura o pago anual con descuento.
- d) En caso de no trabajar más en la Zona Andina o si me radicara en otra ciudad, deberé solicitar la baja de mi colegiatura previa cancelación de cualquier deuda contraída con Tesorería.

Extiendo el presente a los días del mes de de de plena conformidad.

Firma del profesional solicitante:

Aclaración:

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN
DEL LEGAJO DE COLEGIATURA**



La Comisión Directiva del Colegio de Psicólogos de la Zona Andina se reunió el día/...../..... y realizó el registro en el Libro de Actas de Comisión Directiva de la inscripción como colegiado de M.P.: DNI N°....., desde el día/...../.....

El registro de la inscripción como colegiado queda asentado en el Acta N°...../..... cumpliendo así con las formalidades de la ley.

Archívese.

.....

Presidente

Firma y Sello

.....

Secretario

Firma y Sello