



Tràmits per a la certificació acreditativa de la formació específica en psicologia clínica del COPC

Requeriments

- Llicenciat en Psicologia o en alguns dels títols de graduat de l'àmbit de la psicologia
- Acreditació d'una formació específica a través d'algunes de les següents vies:

a) Per haver superat els estudis de graduat/ llicenciat, seguint un itinerari curricular qualificat per la seva vinculació amb el àrea docent de Personalitat, avaluació i tractament psicològics, o amb la psicologia Clínica i de la Salut.

b) Per haver adquirit una formació complementària de postgrau no inferior a 400 hores (o al seu equivalent en crèdits europeus), de les quals al menys 100, tindran caràcter pràctic, vinculat a les àrees esmentades a l'anterior lletra a). Col·legiat al Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

Sol·licitud

Formulari de sol·licitud del COPC degudament emplenat i signat

- Si es demana la certificació per l'apartat a: **original escanejat** o fotocòpia compulsada de l'expedient acadèmic o del certificat de la facultat conforme s'ha seguit un itinerari curricular vinculat a l'àrea docent de personalitat, avaluació i tractament psicològic o amb la psicologia clínica i de la Salut
- Si es demana la certificació per l'apartat b: **original escanejat** o fotocòpia compulsada) del certificat acreditatiu de la formació de postgrau vinculada a l'àrea docent de personalitat, avaluació i tractament psicològic o amb la psicologia clínica i de la Salut on consti el nombre d'hores teòriques i pràctiques o el nombre de crèdits.

Lloc i termini de presentació de la sol·licitud

La sol·licitud es podrà presentar mitjançant correu electrònic a l'adreça: registresanitari@copc.cat.

Resolució

El termini de resolució és de 15 dies laborals a partir de la data de registre de la sol·licitud.

Es comunicarà per correu electrònic la resolució de la sol·licitud.

Els certificats es podrà passar a recollir a la seu de cada col·legiat/ada.

SOL·LICITUD D'ACREDITACIÓ DE FORMACIÓ ESPECÍFICA DELS PSICÒLEGS NO ESPECIALISTES EN CLÍNICA QUE VULGUIN SOL·LICITAR L'AUTORITZACIÓ SANITÀRIA DE LES SEVES CONSULTES O FORMAR PART DE LA CARTERA DE SERVEIS D'ALTRES CENTRES SANITARIS.

Nom i cognoms: _____

NIF: _____ Número de col·legiat: _____

Adreça: _____

Codi postal i població: _____

Telèfon: _____ Telèfon mòbil: _____

Adreça electrònica: _____

EXPOSO:

Que, complint la **Llei 5/2011, de 29 de març d'Economia social**, en la seva disposició addicional sexta i havent presentat la següent documentació (originals i fotocòpies.

a) Per haver superat els estudis de graduat/ llicenciat, seguint un itinerari curricular qualificat per la seva vinculació amb el àrea docent de Personalitat, avaluació i tractament psicològics, o amb la psicologia Clínica i de la Salut.

b) Per haver adquirit una formació complementària de postgrau no inferior a 400 hores (o al seu equivalent en crèdits europeus), de les quals al menys 100, tindran caràcter pràctic, vinculat a les àrees esmentades a l'anterior lletra a).

SOL·LICITO:

Que em sigui lliurada la certificació corresponent.

_____, _____ de _____ de 201

Sr. Degà del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya

Rocafort, 129

08015, Barcelona

DECLARACIÓ JURADA

Jo, _____ amb

NIF/NIE número _____ col·legiat/ada amb número

DECLARO:

Sota la meva responsabilitat, són certes la documentació que detallo a continuació, les dades que hi consten i els documents que acompanyen la sol·licitud, per tal que s'expedeixi el corresponent certificat,

I perquè així consti, signo la present a

_____ de _____ de 2018