

**PROGRAMA DE PRÁCTICA SUPERVISADA COPAO:**  
**ÁREA: NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA.**  
**(PPSCOPAO-NC)**

**ANEXO 5: SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO SUPERVISADO/A.**

**Datos Personales:**

\*Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

\*Teléfono/s de contacto: \_\_\_\_\_ \*DNI: \_\_\_\_\_

\*Dirección Postal a efectos de notificaciones PPSCOPAO-NC: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

\*Email a efectos de notificaciones del PPSCOPAO-NC: \_\_\_\_\_

**Datos Colegiales:**

\*N.º Colegiado/a: \_\_\_\_\_ en Colegio Oficial de Psicología de: \_\_\_\_\_

\*Acreditación Nacional del Consejo General de la Psicología de España en: \_\_\_\_\_

\*Certificación alta colegial actualizada (menos de seis meses de antigüedad), incluyendo certificación de no encontrarse inhabilitado/a en la fecha de la presente solicitud.

\*Acreditación de la condición de psicólogo/a sanitario/a, en fecha anterior a la presente solicitud (señalar lo que corresponda "x"):

- PIR: \_\_\_\_\_

- Psicólogo/a General Sanitario: \_\_\_\_\_

\*Certificación/copia de seguro de responsabilidad civil de fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

**Datos Profesionales:**

Dirección del gabinete o centro de trabajo donde se realizarán las prácticas.

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio en: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Datos de Formación**

Adjuntar C.V.

**Firmado:** \_\_\_\_\_