

FORMULARIO DE SOLICITUD

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS
Nº COLEGIADO/A
DIRECCIÓN CONSULTA PSICOLOGÍA
Nº TELÉFONO CONTACTO / E-MAIL

CUESTIONARIO

¿Posees el certificado acreditativo de formación específica en Psicología Sanitaria, conforme a la disposición sexta de la Ley 5/2011 de 29 de marzo de Economía Social?

SÍ

☐

NO

☐

¿Tienes experiencia acreditada de al menos 200 horas, en evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico con víctimas de violencia laboral?

SÍ

☐

NO

☐

¿Posees Formación específica, de al menos 30 horas en Riesgos psicosociales y Acoso Laboral?

SÍ

☐

NO

☐

¿Estás dado de alta en Obligados Tributos y en el Régimen de Autónomos de la Seguridad social?

SÍ

☐

NO

☐

¿Posees el seguro de Responsabilidad Civil?

SÍ

☐

NO

☐