



Área de interés (CLÍNICA, TRABAJO Y ORGANIZACIONES, FORMACIÓN, EDUCATIVA, INTERVENCIÓN SOCIAL, SEGURIDAD VIAL, Drogas, Deporte, Emergencias, Jurídica, Neuropsicología, Oncología, Comunicación, Traducción, etc.)

CLÍNICA		EDUCATIVA	
TRABAJO Y ORG.		INTERV. SOCIAL	
FORMACIÓN		SEGURIDAD VIAL	
OTRAS:			

M-

POR FAVOR, CUMPLIMENTE LA FICHA CON LETRAS MAYÚSCULAS

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

DNI: _____

TELÉFONO/S DE CONTACTO / E-MAIL

FECHA DE LICENCIATURA (mes/año) UNIVERSIDAD

ESPECIALIDAD CIUDAD/PAÍS

Doctorado, másteres, cursos de Experto, Especialista, cursos de postgrado vinculados a las áreas de interés.

[illegible]

EXPERIENCIA PROFESIONAL	INDICAR LA ACTIVIDAD PROFESIONAL REALIZADA DENTRO DE LAS ÁREAS DE INTERÉS SOLICITADAS AL PRINCIPIO DE ESTE FORMULARIO, de lo más reciente a lo más antiguo, indicando entidad, sector y tipo de relación laboral. (contrato, voluntariado, practicum, prácticas, becas, ...).		
Puesto:	NOMBRE DE LA ENTIDAD	Fecha inicio	Fecha fin
Funciones:	Sector	Tipo de relación laboral	

Puesto:	NOMBRE DE LA ENTIDAD	Fecha inicio	Fecha fin
Funciones:	Sector	Tipo de relación laboral	

Puesto:	NOMBRE DE LA ENTIDAD	Fecha inicio	Fecha fin
Funciones:	Sector	Tipo de relación laboral	

Puesto:	NOMBRE DE LA ENTIDAD	Fecha inicio	Fecha fin
Funciones:	Sector	Tipo de relación laboral	

Puesto:	NOMBRE DE LA ENTIDAD	Fecha inicio	Fecha fin
Funciones:	Sector	Tipo de relación laboral	

PUESTOS A LOS QUE DESEA OPTAR, RELACIONADOS CON LAS ÁREAS DE INTERÉS	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Sus datos personales serán incorporados y tratados en el fichero automatizado del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, **Sondeos laborales**, inscrito en la Agencia de Protección de Datos Española (www.agpd.es), con la finalidad de gestionar las necesidades laborales de los colegiados, pudiéndose realizar las cesiones previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, con domicilio en Cuesta de San Vicente, 4 CP(28008) Madrid, ante el cual los interesados podrán ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición, dirigiendo un escrito al Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, a la dirección mencionada, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (ref "tratamiento de datos"), indicando su nombre, dirección y petición.

FECHA ____ de ____ de 200 _

Firma

- NOTAS:**
1. Cualquier modificación en los datos aportados deberás hacerlo constar por escrito (vía *e-mail*, fax, correo postal o presencial) al Colegio.
 2. Durante el mes de enero de cada año, se procederá a solicitar a los colegiados VÍA *E-MAIL* su autorización para la renovación de su ficha curricular.