



# ASOCIACION ARGENTINA DE PSICOMOTRICIDAD

Personería Jurídica C-7216 Entidad de Bien Público N°7216

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Fecha: ...../...../.....

Lugar de residencia: .....

Marque con una cruz su solicitud según el tipo de inscripción que desee hacer:

Titular

Adherente

Si ud. es profesional psicomotricista marque con una cruz *Titular.*

Si ud. es estudiante marque con una cruz *Adherente.*

Si Ud desea realizar una Re-inscripción; consigne el período en que fue socio de la AAP:

Del año ..... al .....

### DATOS PERSONALES:

Apellido: .....

Nombre: .....

D.N.I.: .....

Domicilio particular: .....

Teléfonos: .....

Teléfono alternativo: .....

celular: .....

e-mail: .....

### NIVEL ACADÉMICO

Marque con una cruz el máximo nivel alcanzado:

Terciario Completo

Universitario Completo

Terciario InCompleto

Universitario InCompleto

Acreditado / Otorgado por: .....

año: ..... en curso: .....

Otros estudios/ formaciones: .....



# ASOCIACION ARGENTINA DE PSICOMOTRICIDAD

Personería Jurídica C-7216 Entidad de Bien Público N°7216

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Cursos realizados en área de incumbencia:

(Especificar lugar y fechas de realización, e Institución u organismo organizador)

.....  
.....  
.....

Lugares de trabajo: (actual y recorrido laboral)

(Especificar si se mantienen actualmente y si pertenecen a períodos anteriores aclarar fechas)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Datos que ud. considere de interés para la actividad institucional.

.....  
.....

Trabajos vinculados al área de Educación:

(Especificar si son en nivel inicial, primario, terciario, educación especial y/o universitarios)

Dirección:.....

tel: .....

e-mail:.....

Trabajos vinculados al área de Salud y servicio social:

Dirección:.....

tel: .....

e-mail:.....

Trabajos presentados y Publicaciones

.....  
.....  
.....

Otros:

.....  
.....  
.....

Firma del solicitante

Firma de la AAP:

Aclaración .....

.....