



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

.....