



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Pago en efectivo o cheque por \$ 50.00

NOMBRE Y APELLIDO (tal como desea que aparezca en el certificado de asistencia y/o carnet de afiliación)

Correo electrónico (E-Mail)

Reside en (país o provincia si es de Panamá)

Teléfonos: Casa

Oficina

Celular

Nacionalidad

Cédula o pasaporte

**No. de Idoneidad profesional
(si tiene)**

Grado académico más alto completado: Bachiller Licenciatura Maestría Doctorado

Especialidad del grado indicado: Psicología General Psicología Clínica Psiquiatría

Otra especialidad (especificar)

Si estudia actualmente, indique año que cursa, grado a que aspira y especialidad

Si ejerce la psicoterapia, indique modelo de preferencia:

Cognitivo-Conductual Psicoanálisis Sistémico Relaciones objetales Jungniano

Fecha de pago: / / 2024

Si desea agregar un comentario: