ORDEM NACIONAL DOS PSICANALISTAS

"Unindo psicanalistas e promovendo a psicanálise"

CNPJ 12.303.752/0001-00 | Site: www.onp.org.br

Foto 3x4

FICHA DE FILIAÇÃO DE MEMBRO

(Preencher com letra de forma)

Nome (completo):	
CPF:	
RG:	Órgão Expedidor:
Data de Nascimento:	Naturalidade:
Sexo: ( ) masculino ( ) feminino	Estado Civil:
Filiação (nome do pai e da mãe):	
Endereço Residencial:	
Bairro:	
Cidade e Estado e País:	
C.E.P.:	
Telefone: ( )	
Celular: ( )	
E-mail de Contato:	
Escola onde formou-se Psicanalista:	
Tempo de duração do curso:	Data de Conclusão:
Telefone da Escola:	
Site da Escola:	
Nome do Psicanalista com quem fez Análise Pessoal:	
Telefone do Psicanalista com quem fez Análise Pessoal: ( )	
Nome do Psicanalista com quem fez Supervisão Clínica:	
Telefone do Psicanalista com quem fez Supervisão Clínica: ( )	
Realizou Análise Pessoal e Supervisão Clínica? ( ) Sim ( ) Não Se afirmativo: - Quantas horas de Análise Individual? _____ - Quantas horas de Supervisão Clínica? _____ Recebeu o Certificado de Conclusão do Curso? ( ) Sim ( ) Não Possui Declaração de conclusão das horas de prática Supervisionada? ( ) Sim ( ) Não Possui Licenciatura em Psicanálise ou curso de formação em Análise Didática? ( ) Sim ( ) Não	

Declaro estar ciente de que sou EU, o único responsável pelas conseqüências de meus atos no exercício de minha atividade profissional como Psicanalista, e, portanto estou de pleno acordo em cumprir integralmente o **Código de Ética Profissional do Psicanalista**, proposto por esta Ordem.

_____, _____ de _____ de 20_____.

_____

Assinatura

Rua Pracinha Wallace Paes Leme, 1864, Centro, Nilópolis, RJ.
Contatos: (21) 3126-2091 | *secretaria@onp.org.br*