



## Tràmits per a la certificació acreditativa de la formació específica en Psicologia sanitària del COPC

### REQUISITS

- Llicenciat/da en Psicologia o en alguns dels títols de graduat/da de l'àmbit de la Psicologia.
- Acreditació d'una formació específica a través d'alguna de les següents vies:
  - a) Per haver superat els estudis de graduat/da – llicenciat/da seguint un itinerari curricular qualificat per la seva vinculació amb l'àrea docent de Personalitat, avaluació i tractament psicològic o amb la Psicologia Clínica i de la salut.
  - b) Per haver adquirit una formació complementària de postgrau no inferior a 400 hores (o al seu equivalent en crèdits europeus), dels quals al menys 100, hauran de tenir caràcter pràctic, vinculat a les àrees esmentades a la lletra a)

### SOL·LICITUD

**Formulari de sol·licitud** del COPC complert i signat.

- Si se sol·licita la certificació per l'apartat a): original escanejat o fotocòpia compulsada del certificat de la facultat conforme s'ha seguit un itinerari curricular vinculat a l'àrea docent de personalitat, avaluació i tractament psicològic o amb la psicologia clínica i de la salut.
- Si se sol·licita la certificació per l'apartat b): original escanejat o fotocòpia compulsada del certificat acreditatiu de la formació de postgrau vinculada a l'àrea docent de personalitat, avaluació i tractament psicològic o amb la psicologia clínica i de la salut on consti el número d'hores teòriques i pràctiques o el número de crèdits.

### Lloc i data de presentació de la sol·licitud.

La sol·licitud se podrà presentar mitjançant correu electrònic a la següent adreça:

[registresanitari@copc.cat](mailto:registresanitari@copc.cat).

**RESOLUCIÓ:**

El termini de resolució és de 15 dies laborables a partir de la data de registre de la sol·licitud.

Es comunicarà a través d'un correu electrònic la resolució de la sol·licitud, adjuntant el certificat d'economia social signat digitalment, en cas que es pugui acreditar el requisit formatiu.

**SOL·LICITUD D'ACREDITACIÓ DE FORMACIÓ ESPECÍFICA DELS/LES PSICÒLEG/LOGUES NO ESPECIALISTES EN CLÍNICA QUE VULGUIN SOL·LICITAR EL CERTIFICAT D'HABILITACIÓ SANITÀRIA**

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ Número de col·legiat: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Codi postal i població: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_ Telèfon mòbil: \_\_\_\_\_

Adreça electrònica: \_\_\_\_\_

**EXPOSO:**

Que, complint la **Llei 5/2011, de 29 de març d'Economia social**, en la seva disposició addicional sexta i havent presentat la següent documentació (originals i fotocòpies.

**a)** Per haver superat els estudis de graduat/ llicenciat, seguint un itinerari curricular qualificat

per la seva vinculació amb el àrea docent de Personalitat, avaluació i tractament psicològics, o amb la psicologia Clínica i de la Salut.

**b)** Per haver adquirit una formació complementària de postgrau no inferior a 400 hores (o al

seu equivalent en crèdits europeus), de les quals al menys 100, tindran caràcter pràctic, vinculat a les àrees esmentades a l'anterior lletra a).

**SOL·LICITO:**

Que em sigui lliurada la certificació corresponent.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

## DECLARACIÓ JURADA

Jo, \_\_\_\_\_ amb  
NIF/NIE número \_\_\_\_\_ col·legiat/ada amb número  
\_\_\_\_\_

### DECLARO:

Sota la meua responsabilitat, són certes la documentació que detallo a continuació, les dades que hi consten i els documents que acompanyen la sol·licitud, per tal que s'expedeixi el corresponent certificat,

I perquè així consti, signo la present a

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

