



MUTUALIDAD CFIA
TRANSFORMAMOS VIDAS

DECLARACIÓN JURADA DEL **PSICÓLOGO** SUBSIDIO PLAN SALUD



♥ INFORMACIÓN PARA LLENAR POR COLEGIADO (A)

DD | MM | AAAA

Nombre del colegiado(a)

N° de Identificación

Edad

♥ CONSULTA

Fecha y hora de la consulta

Tipo de consulta

Presencial

Virtual

Motivo de consulta

♥ ¿POSEE ALGÚN GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD CON EL COLEGIADO?

Sí

No

Indique

Nombre del psicólogo(a)

Código del psicólogo(a)

Firma y sello

