ABP® | ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICANÁLISE

Entidade mantida: Grupo Edu. UniLogos®

abpsicanalise.org | (21) 99156-3638 (mensagens)

CADASTRO PARA FILIAÇÃO

Formulário digital preenchível • foto 3 × 4 recente: enviar por e-mail

01 Identificação pessoal

Nome completo

CPF | **RG** | **Data de nascimento (DD/MM/AAAA)**

Natural de (cidade / UF) | **Escolaridade**

Filiação (nome do pai e da mãe)

02 Endereço e contato

Endereço residencial (rua, número e complemento)

Bairro | **CEP**

Cidade | **Estado / UF**

Telefone fixo | **Celular / WhatsApp**

E-mail | **Site / endereço profissional (se houver)**

OBSERVAÇÃO SOBRE O MODELO DE 2024

Valores e dados para pagamento do original de 2024 devem ser confirmados com a ABP.

CADASTRO PARA FILIAÇÃO

Formulário digital preenchível • foto 3 × 4 recente: enviar por e-mail

03 Técnicas da psicoterapia

Informe somente formações comprováveis por certificado e a respectiva carga horária.

01			06		
02			07		
03			08		
04			09		
05			10		

REQUISITOS OBRIGATÓRIOS PARA FILIAÇÃO

Carga horária mínima de 800 horas e comprovação do Tripé Psicanalítico.

Formações declaradas devem ter certificados verificáveis e comprovação de procedência.

04 Requerimento e declaração

Declaro, sob responsabilidade civil e criminal, que as informações prestadas são verdadeiras, e estou ciente de que poderão ser conferidas. Requeiro minha filiação à ABP e comprometo-me a zelar pelo bom nome da Psicanálise e a observar o respectivo código de ética.

Data

Assinatura / nome do requerente*

* O campo acima permite digitar o nome. Para assinar digitalmente, utilize a função de assinatura do leitor PDF.

05 Uso exclusivo da ABP

Enquadramento

ABP nº

Diretor responsável

☐ Conferido ☐ Aprovado ☐ Publicado