

Nº Controle de Membro:

FICHA DE FILIAÇÃO – MEMBRO FILIADO EFETIVO

IDENTIFICAÇÃO

Nome:			
RG:		CPF:	
Nacionalidade:		Naturalidade:	
Estado civil:	Data de Nascimento:		Idade:
Filiação:			

ENDEREÇOS

Endereço residencial:			
CEP:	Bairro:	Cidade:	Estado:
Endereço profissional:			
CEP:	Bairro:	Cidade:	Estado:
Tel. WhatsApp: ()		Celular: ()	
Tel. fixo: ()		E-mail:	

FORMAÇÃO E ATIVIDADES DE ESCUTA CLÍNICA:

Instituição onde realizou percurso em Psicanálise		
Data do Início e “Conclusão” da sua Formação	/ /	/ /
Nome do analista que fez sua análise pessoal na Formação		
Nome do analista que faz sua análise pessoal atualmente		
Experiência com Escuta em consultório e quanto tempo	Sim ☐ Anos:	Não ☐
Está atuando atualmente como Psicanalista?	Sim ☐	Não ☐
Você possui consultório?	Sim ☐	Não ☐
Qual local (endereço) do consultório?		
Você faz supervisão de suas Escutas com algum Psicanalista?	Sim ☐	Não ☐
Você faz supervisão de algum Psicanalista?	Sim ☐	Não ☐
Coordena algum Grupo de estudos ou Cartel?	Sim ☐	Não ☐
Função de Analista didata ou Supervisor em alguma Sociedade de Psicanálise?	Sim ☐	Não ☐
Função de orientador de grupo de estudos?	Sim ☐	Não ☐

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (Acompanhamento Interno)

- | | |
|--|---|
| ☐ Fotocópia da carteira de Identidade ou CNH | ☐ Xerox autenticada do certificação da Formação em Psicanálise |
| ☐ Fotocópia do CPF ou CNH | ☐ Declaração do Analista e/ou Declaração próprio punho |
| ☐ Fotocópia de comprovante de residência | ☐ Termo de Compromisso |
| ☐ Duas fotografias 3 x 4 | ☐ Pagamento da Taxa de Identidade de associado/psicanalista |
| ☐ Pagamento da primeira anuidade | ☐ Xerox autenticada do diploma da graduação |
| ☐ Xerox autenticada do histórico da Formação em Psicanálise | ☐ Xerox autenticada do histórico da graduação |

Local e Data: _____ - ____/____/____

assinatura do afiliado