



PROGRAMA DE PRÁCTICA SUPERVISADA COPIB - NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA -

ANEXO 2: DECLARACIÓN JURADA.

D/Dña.:

Nº Colegiado/a: _____

MANIFIESTO y DECLARO, BAJO MI CONCIENCIA Y HONOR:

Que cumpla los requisitos de competencias exigidas para el desempeño como supervisor/a para el Programa de Práctica Supervisada del Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares (COPIB), en el área de Neuropsicología Clínica, y que no oculto dato alguno que pudiese condicionar el cumplimiento de los indicados requisitos.

Lo que firmo en _____, a ____ de ____ de _____

Firmado: _____

con DNI número.: _____, Colegiado/a nº. _____,