



## MODELO DECLARACIÓN RESPONSABLE

### DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA PARA PARTICIPAR EN PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MENORES EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD (PROGRAMA ENTRE TOD@S )

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Nº. colegiado/da: \_\_\_\_\_

DNI Núm.: \_\_\_\_\_

DECLARO :

- Carecer de incompatibilidades profesionales.

**NOTA:** El COPIB se reserva el derecho de solicitar al/a la colegiado/a, en caso de una actuación de mala praxis profesional, la presentación del currículum que acredite su formación y experiencia. Por tanto el/la colegiado/da da su consentimiento a esta actuación del COPIB con la firma de la declaración responsable.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

(firma)