



MODEL DECLARACIÓ RESPONSABLE

DE PROFESSIONALS DE LA PSICOLOGIA PER PARTICIPAR AL PROGRAMA D'ATENCIÓ PSICOLÒGICA A MENORS EN SITUACIONS D'ESPECIAL VULNERABILITAT (PROGRAMA ENTRE TOD@S)

Nom i llinatges: _____

Núm. col·legiat/da: _____

DNI Núm.: _____

DECLAR:

- No tenir incompatibilitats professionals.

NOTA: El COPIB es reserva el dret de sol·licitar al/la col·legiat/da, en cas d'una actuació de mala praxi professional, la presentació del currículum que acrediti la seva formació i experiència. Per tant el/la col·legiat/da dóna el seu consentiment a aquesta actuació del COPIB amb la signatura de la declaració responsable.

_____, a ____ de _____ de ____

(signatura)