## CERTIFICACIÓN DE APTITUD PSICOLÓGICA PARA PRESENTAR ANTE EL CONSEJO DE LA MAGISTRATURA DE LA PROVINCIA DE SALTA

DATOS PERSONALES			
Apellido/s: Nombre/s:			
DNI: Fecha de Nacimiento: / / (D/M/A) Género:			
Localidad de Residencia:	Pci	a.:	Tel.:
Firma		Ac	claración del Interesado
CERTIFICACIÓN DE APTITUD PSICOLÓGICA			
Deberá ser expedida por psicólogo con especialidad en clínica certificada por el CPPS.			
IMPORTANTE: La presente constancia deberá ser emitida por profesional matriculado y habilitado. Deberá certificarse si el interesado se encuentra APTO/NO APTO PSICOLÓGICAMENTE para ejercer la función de Juez/a; Asesor/a de Incapaces; Fiscal; Defensor/a Oficial.  En la Ciudad de a los días del mes de de, he			
examinado al interesado, cuyos datos personales se encuentran consignados en el encabezado del presente formulario. En particular he valorado:			
Principio de realidad.			
<ul> <li>Principio de identidad.</li> <li>Estructura de personalidad.</li> </ul>			
Capacidad de control de impulsos.			
<ul> <li>Capacidad de interacción social laboral adecuada.</li> <li>Ausencia de organicidad.</li> </ul>			
Tolerancia a la frustración.			
No presenta indicadores de alcoholismo o abuso de sustancias.			
<ul> <li>No presenta aspectos reveladores de misoginia, ni odio racial, religioso o por orientación sexual.</li> <li>No posee indicadores de trastorno antisocial de la personalidad.</li> </ul>			
<ul> <li>No presenta rasgos psicóticos, ni perversos y otros síndromes o indicadores de trastornos o patologías incompatibles con la función de Juez/a; Asesor/a de Incapaces; Fiscal; Defensor/a Oficial.</li> </ul>			
Por lo que con carácter de declaración jurada y responsabilidad profesional manifiesto que el interesado se encuentra: (Escribir APTO o NO APTO)			
		que desea concursar.	
Domicilio del Profesional: Piso: Dpto.:			
Tel.: Localidad:		Provincia:	
Observaciones:			
Sello y firma del profesional	Apellido		Nombre/s
CERTIFICACIÓN DEL COLEGIO PROFESIONAL:			
CERTIFICACIÓN DEL CONSEJO:			