

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN INTERNA DEL COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE GUATEMALA

Yo: _____
en mi calidad de agremiado () particular (); número de colegiado: _____; activo ()
inactivo (), me identifico con mi documento personal de identificación, Código Único de
identificación número: _____
extendido por el Registro Nacional de las Personas de: _____
con número telefónico: _____ y correo electrónico: _____;
señalo como lugar para recibir notificaciones la dirección siguiente: _____

Por medio del presente formulario, solicito que me sea otorgada la información siguiente:

La cual solicito por la razón siguiente: _____

Declaro bajo juramento prestado de conformidad con lo que establece el artículo 134 del Código Procesal Civil y Mercantil, que toda la información consignada por mi persona en el presente formulario es fidedigna.

El interesado tendrá responsabilidad penal y civil por el uso, manejo o difusión de la información a la que tenga acceso por el presente medio.

En la ciudad de: _____ ; Departamento de: _____

El día _____ del mes de: _____ del año: _____

F: _____

El presente formulario deberá ser impreso y firmado en original por el (la) solicitante y podrá ser presentado de forma física o digital. En ambos casos, deberá adjuntar copia del documento personal de identificación.

Sede central

3ra Calle 6-63 Zona 9, Ciudad de Guatemala
+(502) 2218 - 3400
info@colegiodepsicologos.org.gt

Sub Sede Cobán

• Centro Comercial Plaza Magdalena, Centro de Negocios, 1er Nivel Of. 105 Cobán
+(502) 7764-7109
infocoban@colegiodepsicologos.org.gt

Sub Sede Zacapa

• 4a. Calle 10-34 Zona 1, Plaza Salguero, Local 4, Zacapa.
+(502) 7941-0567
infozacapa@colegiodepsicologos.org.gt

Sub Sede Quetzaltenango

• Diagonal 15, 29-91 Zona 1, Residenciales Las Américas, Quetzaltenango.
+(502) 7767-3314
infoquetzaltenango@colegiodepsicologos.org.gt