

**Anexo IV****Solicitud Inscripción Institucional**

El que suscribe, \_\_\_\_\_

Tipo y Nº de Documento: \_\_\_\_\_ en carácter de \_\_\_\_\_ con facultades suficientes para este acto y en nombre y representación de:

Denominación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

C.U.I.T.Nº: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Habilitación Expendida por: \_\_\_\_\_

Correo electrónico institucional: \_\_\_\_\_

Manifiesto mis intenciones de inscripción a la institución que represento en los siguientes módulos (marque con una cruz el/los seleccionados/s):

- 1) Módulo de evaluación, y diseño del programa terapéutico I \_\_\_\_\_
- 2) Módulo de evaluación, y diseño del programa terapéutico II \_\_\_\_\_
- 3) Gestión de Casos Clínicos. \_\_\_\_\_
- 4) Gestión de Casos Sociales/ocupacional \_\_\_\_\_
- 5) Gestión Integral de Casos \_\_\_\_\_
- 6) Módulo de Dirección Clínica. \_\_\_\_\_
- 7) Módulo Prevención de Recaídas. \_\_\_\_\_
- 8) Centro de Rehabilitación Psicosocial. \_\_\_\_\_
- 9) Talleres de creación de habilidades y/o inserción y comunicación. \_\_\_\_\_
- 10) Talleres Familiares. \_\_\_\_\_
- 11) Hospital de Día \_\_\_\_\_

- 12) Módulos Acompañante Terapéutico (no es autónomo) \_\_\_\_\_
- 13) Programas con Asistentes Domiciliarios (no es autónomo) \_\_\_\_\_
- 14) Casa de Medio Camino. \_\_\_\_\_
- 15) Hostales. \_\_\_\_\_
- 16) Internación en comunidad terapéutica. \_\_\_\_\_
- 17) Centro de Noche. Contención fines de semana. \_\_\_\_\_
- 18) Internación domiciliaria. \_\_\_\_\_
- 19) Internación psiquiátrica en Clínicas Polivalentes \_\_\_\_\_