



REGLAMENTO DE INGRESO A AUDEPP

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica
Miembro fundador de FLAPPSIP y FUPSI

A partir de las propuestas de Comisión Directiva y Comisión de Admisión, la asamblea de socios discutió y resolvió el siguiente **reglamento de ingreso a AUDEPP**:

1. Tener **título universitario de médico o psicólogo**.
2. Presentar **carta/solicitud** expresando el deseo de ingresar, acompañada por la documentación correspondiente y **firmada por dos socios**.
3. Tener por lo menos **300 horas de tratamiento psicoanalítico**, de las cuales, por lo menos 200, con un mismo psicoterapeuta. Las horas serán evaluadas por la Comisión de Admisión en ejercicio.
4. Tener **100 horas de trabajo psicoterapéutico supervisado** que serán evaluados siguiendo las pautas anteriores: numeral 3. La supervisión deberá ser como mínimo **durante un año con el mismo supervisor**. En caso de que las supervisiones sean colectivas –y no individuales– todos los puntajes anteriores pasarán a valer la mitad (es decir que las exigencias se duplicarán).
5. Reunir **350 horas**, como mínimo, **de cursos teórico-clínicos**. Los **Cursos Abiertos** de AUDEPP entrarán en esta categoría y **todos** darán créditos en función del número de horas de cada uno. Se valorarán en forma diferente los cursos *con requisitos* dados por las instituciones que los llamados *grupos de estudio*.
6. Los aspirantes a socios deberán hacer una prueba de ingreso.
7. Ser Psicoterapeuta Psicoanalítico egresado del IUPA; para lo cual no cuentan los puntos 1 a 6.



Al ingresar a AUDEPP se ingresa en forma automática al **Fondo de Protección Social de AUDEPP**.

Fundado el 21 de noviembre de 1990, el Fondo de Protección Social de los afiliados a la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (F.P.S. - AUDEPP) tiene la finalidad de asistir social, cultural y económicamente al asociado.

- El Fondo de Protección Social posee estatutos, autoridades y reglamentos propios.
- Por resolución de Asamblea General de AUDEPP, a partir del mes de diciembre de 1995 todos los profesionales que ingresan a AUDEPP ingresan automáticamente al F.P.S.
- Las elecciones de autoridades se realizan cada dos años conjuntamente con las de AUDEPP.

Se ingresa en categoría 1.

Al ingreso se abonará una cuota por concepto de inscripción y la cuota del mes en que se produce el ingreso. Los derechos se adquieren transcurridos 6 meses del ingreso.

Informes:

091 045 547

E-mail: fpsaudepp@adinet.com.uy



SOLICITUD DE ADMISIÓN

➤ DATOS PERSONALES

Nombres completos:

Apellidos completos:

Domicilio:

Departamento: Localidad:

Teléfono: Celular:

E-mail:

Fecha de nacimiento:

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
| | | |

C. I.:

➤ DATOS DE CONSULTORIO/S

Domicilio:

Departamento: Localidad:

Teléfono:

Domicilio:

Departamento: Localidad:

Teléfono:

➤ TITULOS

Universitario Habilitante en Psicología:

Fecha:

Doctor en Medicina:

Fecha:

Firma del solicitante

➤ ESPACIO RESERVADO PARA LA INSTITUCIÓN

| | |
|--|--|
| Aprobación por la Comisión Directiva – Sesión fecha: | |
| Nº DE SOCIO: | |

OBSERVACIONES:

| |
|--|
| |
|--|



FORMULARIO DE DATOS PARA CONSTANCIA DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA:

Se certifica que el interesado:

Nombre y Apellido: _____

Título: _____

estuvo y/o **está** en tratamiento con el suscrito.

Inicio de la terapia:

Mes _____ Año _____

Finalización de la terapia:

Mes _____ Año _____

Frecuencia de _____ sesión/es semanal/es.

(En caso de cambios en la frecuencia, aclare en observaciones, durante qué período/s de tiempo).

OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL CERTIFICADOR:

| | |
|--|--|
| Nombre completo: | |
| Profesión: | |
| Dirección: | |
| Teléfono: | |
| Correo electrónico: | |
| Título otorgado por: | |
| Institución/es Psicoanalítica/s a la/s que pertenece: | |

Firma del certificador

Se expide el presente pedido de parte interesada y a los efectos de ser presentado en AUDEPP, en

Montevideo a los _____ días del mes de _____ de _____.

CERTIFICADOR: Favor llenar los espacios en forma manuscrita.



FORMULARIO DE DATOS PARA CONSTANCIA DE SUPERVISIÓN:

Se certifica que el interesado:

Nombre y Apellido: _____

Título: _____

estuvo y/o **está** en supervisión con el suscrito.

Inicio de la supervisión:

Mes _____ Año _____

Finalización de la supervisión:

Mes _____ Año _____

Frecuencia de _____ sesión/es semanal/es.

(En caso de cambios en la frecuencia, aclare en observaciones, durante qué período/s de tiempo).

OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL SUPERVISOR:

| | |
|--|--|
| Nombre completo: | |
| Profesión: | |
| Dirección: | |
| Teléfono: | |
| Correo electrónico: | |
| Título otorgado por: | |
| Institución/es Psicoanalítica/s a la/s que pertenece: | |

Firma del supervisor

Se expide el presente pedido de parte interesada y a los efectos de ser presentado en AUDEPP, en

Montevideo a los _____ días del mes de _____ de _____.

SUPERVISOR: Favor llenar los espacios en forma manuscrita.