Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Association Suisse des Psychothérapeutes
Associazione Svizzera delle Psicoterapeute e degli Psicoterapeuti
Associaziun Svizra dals Psicoterapeuts

Riedtlistrasse 8 | CH-8006 Zürich | Telefon +41 43 268 93 00 | www.psychotherapie.ch

Demande d'évaluation pour l'adhésion à la convention AI concernant la réalisation d'examens et de traitements psychothérapeutiques à la charge de l'assurance-invalidité

à adresser au secrétariat de l'ASP: Riedtlistrasse 8, 8006 Zurich, Tél. 043 268 93 00

- ❑ Je demande la vérification afin de déterminer si je remplis les conditions pour l'adhésion à la convention AI concernant la réalisation d'examens et de traitements psychothérapeutiques à la charge de l'assurance-invalidité.
- ❑ Je ne suis membre d'aucune association professionnelle.

Titre de civilité: Titre obtenu (par ex. MSc):

Nom: Prénom:

Date de naissance: Lieu d'origine:

Coordonnées privées:

Téléphone: E-mail:

Rue:

NPA, lieu: Canton:

Coordonnées professionnelles / institution:

Téléphone: E-mail:

Rue:

NPA, lieu: Canton:

Diplôme universitaire :

Matière:

Institution:

Date: Lieu: Pays:

La demande inclut:

- ☐ Le formulaire de demande dûment rempli, y compris les documents requis:
- ☐ Extrait du registre des professions de la psychologie
- ☐ Copie de l'autorisation de pratiquer cantonale
- ☐ Copie du diplôme de fin de formation de l'institut de formation postgrade accrédité attestant que la formation postgrade en psychothérapie a été achevée avec succès
- ☐ Copie d'une pièce d'identité valable
- ☐ Copie du diplôme universitaire

Taxe administrative:

La taxe administrative s'élève à CHF 800.--.
Ce montant est à verser sur notre compte postal avant l'envoi de votre demande d'admission.
Compte CCP de l'ASP / 80-42672-9, IBAN: CH03 0900 0000 8004 2672 9
Le montant de CHF 800.- a été versé le _____.

Déclaration:

«Je certifie que toutes les informations fournies, y compris celles concernant ma formation et toutes les annexes, sont en tous points conformes à la vérité. Par ma signature, je certifie également le respect du code de déontologie de l'ASP.»
(voir www.psychotherapie.ch, download)

Date: _____ Signature: _____