



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE DE MINAS GERAIS

Filiada à International Psychoanalytical Association – IPA

INSTITUTO DE PSICANÁLISE

ANEXO 2 – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE POSTULANTE À FORMAÇÃO PSICANALÍTICA

Nome completo:

RG:CPF:

Nacionalidade:Naturalidade:

Idade:Data de nascimento:

Filiação:

Estado civil:Data do casamento:

Desquite:Divórcio:

Viuvez:Outra condição:

Número de filho (s):Idade e sexo do (s) filho (s):

.....
.....
.....

Endereço residencial:

Número:Complemento:

Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Telefone: ()

Curso (s) superior(es):

Profissão: () Médico () Psicólogo () Outra profissão:

Número da Inscrição no Conselho:

Ano de registro:

Ocupação atual e função exercida:

.....

Endereço do consultório:

Número: Complemento:

Bairro: CEP: Cidade:

..... Estado:

Telefone comercial: ()

Telefones e horários convenientes para comunicação:

E-mail:

2 – Dados sobre análises prévias: informar o nome do (a) analista e/ou terapeuta, o número de sessões por semana, e o tempo de análise.

1.....

2.

3.....

3 – Dados sobre supervisões prévias: informar o nome do (a) supervisor, e o tempo de supervisão.

1.....

2.

3.

4 – Referências pessoais dentro da SBPMG e/ou em outras instituições da IPA:

1.

2.

3.

5 – Atividades profissionais universitárias:

A Comissão de Seleção gostaria de saber se você possui:

* Curso de pós-graduação: “Latu Sensu” () “Stricto Sensu”() Nenhum ()

* Qual o nome do curso e em que Instituição foi realizado:

.....

* Experiência como docente: () Sim Não ()

* Experiência em pesquisa: () Sim Não ()

* Experiência administrativa: () Sim Não ()

* Trabalhos publicados: () Sim Não ()

OBSERVAÇÃO: As questões respondidas afirmativamente no item 5 deverão estar explicitadas no Currículo.

6 – Atividades profissionais:

A Comissão de Seleção gostaria de saber como é a sua formação pessoal, ou seja, se possui ou participa de:

*Grupo de estudos: () Sim () Não

*Experiência profissional em consultório: () Sim () Não

*Atendimento de pacientes: () Sim () Não

*Função de supervisor: () Sim () Não

*Função de orientador de grupo de estudos: () Sim () Não

7 – Estágio curricular do curso de Psicologia em instituição psiquiátrica, especialização ou residência médica em Psiquiatria:

Instituição que frequentou:

() Não iniciado () Em andamento () Concluído

Tempo de estágio:

8 – Termo de Compromisso:

Ao inscrever-me para o processo seletivo para a formação psicanalítica do Instituto de Psicanálise da SBPMG, declaro que:

- Concordo com os termos do Regulamento do Instituto de Psicanálise da SBPMG;
- Estou ciente de que o curso é de âmbito específico e de validade restrita às organizações componentes da *Federação Brasileira de Psicanálise (FEBRAPSI)* e da *International Psychoanalytical Association (IPA)*, e que

só a pedido de uma dessas organizações será fornecida documentação curricular de qualquer candidato;

- Apresentarei declaração de estágio em instituição psiquiátrica, caso seja solicitado pelo corpo docente do Instituto;
- E comprometo-me a não usar o título de Psicanalista da SBPMG, ou de qualquer outra Sociedade Componente da IPA, enquanto não for qualificado e referendado como Membro Associado.

Belo Horizonte, de..... de 2023.

.....

(Assinatura)