

## DECLARAÇÃO

### ANÁLISE PSICANALÍTICA SUPERVISIONADA

Declaro estar ciente, perante os termos da lei, legislação pertinente sobre a "formação e Qualificação" do Psicanalista (Analista) com vista a CBO nº 2515-50 do Ministério do Trabalho e Emprego e para fins de liberação, Adesão Associativa Voluntária, Definitiva com vista ao exercício autônomo, livre da ocupação de Psicanálise; Segundo a tradição de formação em Psicanálise qualificada e conforme o Tripé Psicanalítico Tradicional de formação em Psicanálise e segundo obras do Prof. Sigmund Freud, que o Senhor (a).

NOME \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Declaro que a pessoa acima citada e identificada foi analisado (a) e / ou psico-analisado (a) com frequência semanal cumpriu ( ) Sessões de análise terapêutica psicanalítica e acolhimento de escuta analítica neste consultório de Psicanálise sob a minha supervisão, sob minha responsabilidade civil/criminal de orientação de supervisão psicanalítica, portanto estando apto a atuar como (analista) Psicanalista.

Declaro minha responsabilidade legal, civil e do percurso psicanalítico que o "analisado" (a) acima tem suas sessões realizadas, ou foram realizadas sob minha responsabilidade analítica segundo o tripé tradicional da formação em Psicanálise.

Brasília-DF \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do Psicanalista (Responsável)

Reconhecer Firma (duas vias )

**(ANEXAR ESSA FOLHA A DECLARAÇÃO)**

**Nome Completo do Profissional:**

**Telefones de Contato C/ (DDD) :**

**Consultório:**

**Observação:**

**Emitir a Declaração em duas (vias) originais e devidamente assinadas e com a firma da assinatura reconhecida e autenticada em Cartório Público, A sua Declaração estará sujeita a "avaliação" de aprovação ou não como novo "Associado" Psicanalista, avaliação será feita pela Diretoria de Qualificação ABMP-DF.**

**Anexar:**

**(Original) Atestado de Saúde Mental (Recente)**