

ANEXO I

CERTIFICADO- LICENCIA LABORAL POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL

Certifico por la presente que el/la Sr./a _____ {nombre completo},
DNI _____, se encuentra bajo mi atención en el contexto
de un tratamiento psicológico por padecer un cuadro de _____.

En dicho marco es que se indica reposo laboral por ____ días
por motivos de salud mental. Se extiende a solicitud del/la
interesado/a para ser presentado ante quien corresponda, en
_____ {indicar localidad} a los ____ días del mes de
_____ del año _____.

Firma

Aclaración

Matrícula Provincial

Se hace constar que a través de la Resolución 1928/2024 el Consejo Superior del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires estableció lo siguiente:

Art. 1: *Confirmar que los/as licenciados/as en psicología y/o psicólogos y psicólogas se encuentran perfectamente habilitados/as para prescribir licencias por cuestiones de salud y expedir certificados con el propósito de dilucidar la capacidad y/o aptitud de las personas para desarrollar tareas laborales (conf. arts. 15 inciso "h" y 21 incisos "2", "3" y "4" de la ley 10.306); siendo que esta, asimismo, es la única interpretación armónica y constitucional posible del marco normativo que regula el ejercicio de dicha profesión.*

Art. 2: *Exhortar tanto a los organismos estatales públicos de los ámbitos nacionales, provinciales y municipales, como a los empleadores del sector privado, al cese inmediato de la praxis descrita, bajo apercibimiento de iniciar las acciones administrativas y/o judiciales que pudieren corresponder en defensa de los/as profesionales de la psicología que ejercen en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.*

CUESTIONAR LOS ALCANCES RELATIVOS A LA PROFESIÓN DE PSICÓLOGOS/AS Y LICENCIADOS/AS EN PSICOLOGÍA ES UNA PRÁCTICA ILEGAL QUE VULNERA DERECHOS. DE CONSTATAR DICHA SITUACIÓN, EL COLEGIO SE HACE RESERVA DE LA FACULTAD DE INICIAR ACCIONES ADMINISTRATIVAS Y/O JUDICIALES EN DEFENSA DEL ROL DE SUS MATRICULADOS/AS. -