



**Unión Latinoamericana  
de Entidades de Psicología - ULAPSI**

**Filie sua entidade**

**Nome da entidade:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Endereço completo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**Telefone(s):** \_\_\_\_\_

**E-mail entidade:** \_\_\_\_\_

**Site:** \_\_\_\_\_

**Nome do presidente:** \_\_\_\_\_

**E-mail do presidente:** \_\_\_\_\_

**Nome do representante:** \_\_\_\_\_

**E-mail do representante:** \_\_\_\_\_

**Está ciente e de acordo com o Estatuto da ULAPSI e deseja se filiar?**  
( ) Sim ( ) Não

**Está ciente e de acordo com o postulado na Declaração de Puebla?**  
( ) Sim ( ) Não

**Valor da anuidade? US\$ \_\_\_\_\_ (US\$ 100.00 a US\$ 200.00)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e Assinatura do Presidente**