

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN COMO PSICOTERAPEUTA, DOCENTE, SUPERVISOR O RENOVACIÓN

Nota: Este formulario se escaneará con las firmas y se entregará a FEAP en formato pdf. Es necesario adjuntar también todos los justificantes como documentos escaneados en formato pdf.

Para nombrar los archivos pdf: cada archivo se guardará con el siguiente nombre: las 3 iniciales del interesado, guión medio y el código del documento (1A, 4D, 6C, etc)

Ejemplo: Agustín López García, nombrará sus documentos: ALG-3B; ALG-5C; etc.

Por favor marque con una X la solicitud que desea realizar:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Psicoterapeuta
<input type="checkbox"/> Renovación de la acreditación
<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta Colaborador Docente
<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta Docente
<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta Supervisor | | <p style="text-align: center;"><u>Sección:</u></p> <input type="checkbox"/> Corporal y Emocional
<input type="checkbox"/> Grupos
<input type="checkbox"/> Humanista
<input type="checkbox"/> Niños y Adolescentes
<input type="checkbox"/> Psicoanalítica |
|---|--|---|

ASOCIACION QUE PROPONE LA ACREDITACIÓN:

Psicoterapeuta:

Apellidos:

Nombre: NIF:

Teléfonos: correos electrónicos:

Dirección Personal

Domicilio:

Código postal: Municipio: Provincia:

Dirección Profesional

Domicilio:

Código postal: Municipio: Provincia:

Datos perfil

Idiomas: trabaja preferentemente con: adolescentes adultos Familia niños
 Grupo Pareja

Enfoque: Cognitivo Cognitivo-conductual Corporal **Horario de Atención:**

Humanista Psicoanalítico Sistémico web:

Días laborales: Facebook:

Twitter: LinkedIn:

Apartado1: Titulación Académica:

1.a) Titulación universitaria (grado/licenciatura) vinculadas a las áreas de la salud o ciencias sociales	Fecha obtención Universidad / Centro de Formación		CÓDIGO DOCUMENTO
			1A
1.b) Convalidación de formación teórico-práctica en psicoterapia.			1B
Formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia, y práctica clínica, supervisión y actividades prácticas en Salud Mental realizadas en el curso de Especialización. (Médicos especialistas en Psiquiatría y Psicólogos especialistas en Psicología Clínica)			1C
Formación teórica, técnica y práctica sanitaria y/o actividades prácticas en Salud Mental, realizada en periodo de post-grado o su equivalencia a master –nivel 3 MECES- (Psicología General Sanitaria y en Medicina y Cirugía)			1D
Otras titulaciones universitarias vinculadas a las áreas de la Salud o Ciencias Sociales.	Fecha obtención Universidad /Centro	Nº ECTS	CÓDIGO DOCUMENTO
30 ECTS universitarios en un conjunto mínimo de 5 disciplinas de entre las siguientes			
<i>Psicología Evolutiva I (6 ECTS)</i>			1E
<i>Psicología Evolutiva2 (6 ECTS)</i>			
<i>Psicología de la Personalidad (6 ECTS)</i>			
<i>Psicopatología (6 ECTS)</i>			
<i>Evaluación y diagnóstico psicológicos (6 ECTS)</i>			
<i>Tratamientos Psicológicos (6 ECTS)</i>			
<i>Psicología Médica (6 ECTS)</i>			
<i>Psiquiatría (6 ECTS)</i>			
<i>Psicología Evolutiva I (6 ECTS)</i>			
1.c) Experiencia en Salud Mental	INSTITUCIÓN U ORGANISMO	FECHA INICIO / FECHA FIN	CÓDIGO documento
Los graduados/licenciados en Psicología y Medicina y Cirugía 4 años en el dominio de la Salud Mental, pública o privada, aportando documentación o certificaciones de ello.			1F
Dicha experiencia podrá haber sido adquirida tanto antes de acceder a la formación como psicoterapeuta, como culminada en el curso de la misma, siempre que cuando se haya realizado en periodo de postgrado o su equivalente en el caso de Medicina.			1G
OTRAS TITULACIONES: Haber acreditado un tiempo mínimo de experiencia y formación en salud mental, en contexto público o privado, de 10 años.			1H

Apartado 2: Formación específica en Psicoterapia:

2a) Formación Teórico-Práctica en Psicoterapia:

Mínimo 3 años en el periodo de post-grado universitario o su equivalente a master –Nivel 3 MECES- en el grado de Medicina, dedicados a la formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia y a la adquisición de las habilidades básicas del psicoterapeuta, a través de cursos y seminarios, con un mínimo total de 600 horas lectivas o 45 ECTS. (Incluirá al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia).

TÍTULO DEL MASTER O CURSO	INSTITUCIÓN U ORGANISMO	FECHA INICIO / FECHA FIN	Nº de horas	CÓDIGO document o
				2A
				2B
				2C
TOTAL AÑOS Y HORAS				

2b) Práctica Supervisada

Mínimo 2 años de práctica profesional de postgrado o su equivalente a masters –nivel 3 MECES- en el grado de Medicina como psicoterapeuta. Al menos incluirá el tratamiento de dos casos y un mínimo total de 300 sesiones de tratamiento y 100 sesiones de supervisión de dichos tratamientos (de las cuales 50 serán supervisiones individuales en la modalidad de psicoterapia individual)

INSTITUCIÓN O ENTIDAD	FECHA INICIO / FECHA FIN	Nº de Casos	Nº Sesiones Tratamiento	Nº Sesiones De Supervisión	CÓDIGO document o
					2D
					2E
					2F
TOTAL					
DATOS DEL SUPERVISOR/A					CÓDIGO documento
					2D
					2E
					2F

2c) Prácticas Adicionales

Mínimo de 200 horas durante un periodo mínimo de 6 meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de Salud Mental, realizada en postgrado universitario o su equivalente a master – nivel 3 MECES en el grado de Medicina.

INSTITUCION O ENTIDAD	TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTES	HORAS	MESES	CÓDIGO documento
				2G
				2H
				2I
TOTAL HORAS Y MESES				

2d) Terapia/Trabajo Personal

Mínimo 75 horas de formación, que permitan a los alumnos identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la Psicoterapia, mediante métodos y modalidades que establezca cada sección.

PSICOTERAPEUTA RESPONSABLE	Nº de horas	MODALIDAD (individual o grupal)	MODELO DE PSICOTERAPIA	CÓDIGO documento
				2J
				2K
				2L
TOTAL Nº DE HORAS				

Los siguientes apartados (3 Y 4) solo se rellenarán en caso de solicitar la acreditación como Docente y/o Supervisor

Apartado 3: DOCENCIA IMPARTIDA

Desde la acreditación como psicoterapeuta un mínimo 3 años de experiencia docente, además de 3 años de experiencia clínica.

Título y contenidos	Institución o centro	FECHA INICIO / FECHA FIN	CÓDIGO DOCUMENTO
			3A
			3B
			3C
TOTAL Nº DE AÑOS			

Apartado 4: SUPERVISIÓN

Mínimo 5 años de experiencia clínica como psicoterapeuta

INSTITUCIÓN U ORGANISMO	FECHA INICIO / FECHA FIN	CÓDIGO DOCUMENTO
		4A
		4B
		4C
TOTAL Nº DE AÑOS		

Yo _____
con DNI _____, Miembro de la Asociación

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos y declaraciones anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad de los mismos pueden ser motivo suficiente para la cancelación de la acreditación y la expulsión de la Asociación/Federación.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del interesado/a

Fdo. Presidente de la Asociación

Fdo. Secretario/a de la Asociación

Autorización para la inclusión de datos en la base de datos automatizada de la (FEAP), Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el/la psicoterapeuta acreditado/a abajo firmante acepta que los datos de su acreditación sean incluidos en las bases de datos informatizadas necesarias para incorporarse o seguir vinculados a la Asociación indicada y a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.

Los datos recogidos será tratados por la FEAP y podrán ser cedidos en su totalidad o en parte a otras entidades vinculadas o asociadas a ambas organizaciones, con el objeto de facilitar los objetivos sociales sobre todo en términos de gestión y administración. Así mismo, podrá hacerse uso de esta información para realizar a los miembros de la referida Asociación y a los socios de las distintas asociaciones federadas a la FEAP cualesquiera tipo de comunicaciones que se estimaran oportunas.

El órgano responsable del tratamiento es la FEAP, Calle Arganda nº 8, piso primero puerta C – Madrid 28005, ante la que la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El/La abajo firmante otorga su consentimiento expreso para que sus datos personales relativos a nombre, apellidos, domicilio, teléfono, e-mail, titulación, fotografía datos de perfil: idioma, trabaja preferentemente con, días y horarios de atención, web, Facebook, Twitter, LinkedIn; así como Asociación que le acredita ante la FEAP, aparezcan en la página Web que la FEAP tiene en Internet, o en cualquier otra que tenga o tuviese en el futuro FEAP.

Firma del/de la Psicoterapeuta: